

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**HEMŞİRELERİN EMPATİK EĞİLİM VE EMPATİK
BECERİLERİ İLE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM
ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NUR GÜVEN ÖZDEMİR

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. MERDİYE ŞENDİR**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Nur Güven Özdemir tarafından hazırlanan "Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

10 / 07 / 2015

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Rengin Acaroğlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Leman Şenturan Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



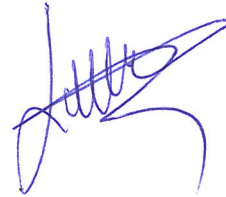
3.Doç.Dr.Merdiye Şendir (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Hatice Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Doç.Dr.Leyla Küçük İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Nur GÜVEN ÖZDEMİR

(İmza)

İTHAF

‘Bu çalışmayı hayatımın en önemli varlıkları olan aileme ithaf ediyorum’

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Merdiye Şendir'e,

Bilimsel bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan başta Prof. Dr. Rengin Acaroğlu ve Doç. Dr. Hatice Kaya olmak üzere Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda görev alan tüm öğretim elemanlarına,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama aşamasında benden katkılarını esirgemeyen tüm hemşire meslektaşlarıma,

Yüksek lisans tezimi hazırlama sürecinde benden ilgi ve desteğini esirgemeyen canım aileme ve biricik eşime,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Empatinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	4
2.2. Empati İle Karıştırılan Temel Kavramlar	7
2.2.1. Empati ve Sempatı	7
2.2.2. Empati ve Sezgi	9
2.2.3. Empati ve Özdeşim	10
2.2.4. Empati ve Acıma.....	10
2.3. Empatinin Aşamalı Sınıflaması	11
2.4. Empatik Eğilim	15
2.5. Empatik Beceri.....	16
2.6. Hemşirelikte Empatinin Yeri ve Önemi	16
2.7. Bireyselleştirilmiş Bakım.....	21
2.7.1. Hemşirelik Bakımının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı.....	21
2.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi	32
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	32
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33

3.4.1. Araştırmanın Evreni.....	33
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	34
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.5.1. Yapılandırılmış Soru Formu (EK 1)	35
3.5.2. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) (EK2)	35
3.5.3. Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) (EK3)	36
3.5.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu (BBS-A-Hemşire) (EK 4).....	37
3.6. Verilerin Toplanması	39
3.7. Etik Konular.....	39
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	40
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri	41
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	42
4.2. Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerine İlişkin Bulgular	44
4.3. Hemşirelerin Empatik Beceri Düzeylerine İlişkin Bulgular	48
4.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular	51
4.5. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	54
5. TARTIŞMA	56
5.1. Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	57
5.2. Hemşirelerin Empatik Beceri Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	64
5.4. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması	67
KAYNAKLAR	75
FORMLAR	87
ETİK KURUL KARARI	99
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Aşamalı Temel Empati Basamaklarının Etkililik Durumu	15
Tablo 3-1: İstanbul İli Avrupa Yakasında Yer Alan Kamu Hastaneler Birliği'ne Bağlı	33
Tablo 3-2: Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemi ile Örneklem Alınan Hemşire	34
Tablo 3-3: BBS-A-Hemşire Versiyonu Maddeleri ve Alt Boyut Puanları	38
Tablo 4-1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=472)	43
Tablo 4-2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=472).....	44
Tablo 4-3: Hemşirelerin Empatik Eğilim (EEÖ) Toplam Puan Ortalamaları (N=472)	45
Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre EEÖ Toplam Puan Ortalamalarının	45
Tablo 4-5: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre EEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)	47
Tablo 4-6: Hemşirelerin Empatik Beceri (EBÖ) Toplam Puan Ortalamaları (N=472)..	48
Tablo 4-7: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre EBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)	49
Tablo 4-8: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre EBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)	50
Tablo 4-9: Hemşirelerin BBS-A-Hemşire ve Alt Boyutları Toplam Madde Puan Ortalamaları (N=472)	51
Tablo 4-10: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A-Hemşire Toplam Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472).....	52
Tablo 4-11: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre BBS-A-Hemşire Toplam Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472).....	53
Tablo 4-12: Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ile BBS-A-Hemşire Arasındaki İlişki.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Kişiler Arası Süreçte 3 Temel Kavramın Grafikselse Sunumu.....	11
Şekil 2-2: Aşamalı Empati Sınıflaması.....	13

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- EEÖ** : Empatik Eğilim Ölçeği
EBÖ : Empatik Beceri Ölçeği
BBSA : Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A
TDK : Türk Dil Kurumu

ÖZET

Özdemir, N.G. (2015). Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmış tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın evreni, İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Beyoğlu, Fatih, Bakırköy ve Çekmece Bölgeleri Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin dahili ve cerrahi birimlerine bağlı dahiliye, nöroloji, genel cerrahi, nöroşirürji ve ortopedi ve travmatoloji yataklı servisleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 830 hemşireyi kapsadı. Örneklemi ise, bu hastanelerden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 472 hemşire oluşturdu.

Araştırma verileri, “Yapılandırılmış Soru Formu”, “Empatik Eğilim Ölçeği”, “Empatik Beceri Ölçeği” ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu” kullanılarak toplandı. Verilerin analizi bilgisayarda tanımlayıcı ve önemlilik analizleri kullanılarak gerçekleştirildi.

Hemşirelerin Empatik Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması $71,26 \pm 8,81$ ve Empatik Beceri Ölçeği toplam puan ortalaması $138,98 \pm 18,23$ idi. Hemşirelerin BBS-A Hemşire toplam madde puan ortalaması $3,80 \pm 0,72$ idi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası'nın (A- Hemşire) alt boyutları madde puan ortalamaları en yüksek puandan en düşüğe doğru; Klinik Durum $4,03 \pm 0,74$, Karar Verme Kontrolü $3,88 \pm 0,82$ ve Kişisel Yaşam Durumu $3,28 \pm 1,01$ olarak belirlendi. Hemşirelerin Empatik Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken; Empatik Beceri Ölçeği toplam puan ortalaması ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç olarak hemşirelerin bakımda bireyselliği desteklemelerinde empati kurabilme potansiyellerinin bir göstergesi olan yüksek empatik eğilimlere sahip olmasının bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediği görülürken; hemşirelerin bakımda bireyselliği desteklemede empatik beceriler sergileyemedikleri saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, empatik eğilim, empatik beceri, bireyselleştirilmiş bakım

ABSTRACT

Özdemir, N.G. (2015).The Relationship Between Empathic Tendencies and Empathic Skills and Individualised Care Perceptions of Nurses. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Fundamentals of Nursing Department, Master's Thesis, İstanbul.

The aim of this descriptive and correlational study was to determine the relationship between the empathic tendencies and empathic skills and individualized care perceptions of the nurses.

The study universe consisted of 830 nurses who worked in internal medicine, neurology, general surgery, neurosurgery, orthopedics and traumatology services and intensive care units in general teaching and research hospitals linked to Beyoğlu, Fatih, Bakırköy and Çekmece Association of Public Hospitals. The study sample consisted of 472 nurses who were chosen by means of stratified sampling method from this hospital and agreed to participate in research.

In this study, three data collection instruments were used: “Structured Questionnaire Form”, “Empathic Tendencies Scale”, “Empathic Skill Scale” and “Individualized Care Scale-A-Nurse Version”. Data analysis was performed on computer using descriptive and significance analysis.

Nurses' Empathic Tendencies Scale total mean score was $71,26 \pm 8,81$ and Empathic Skills Scale total mean score was $138,98 \pm 18,23$. Nurses' Individualized Care Scale-A-Nurse Version total item points average was $3,80 \pm 0,72$. The sub-dimension item points average of Individualized Care Scale-A-Nurse were determined from highest score to lowest score as Clinical Situation $4,03 \pm 0,74$, Decisional Control $3,88 \pm 0,82$ and Personal Life Situation $3,28 \pm 1,01$. A positive high level of relation was determined between Empathic Tendencies Scale total mean score and Individualized Care Scale and its sub-dimension item point averages; but no relation was determined between Empathic Skills Scale total mean score and Individualized Care Scale and its sub-dimension item point averages.

In a conclusion, it was determined that having highest empathic tendencies of nurses as indicator for the potential of empathy in care affect the individualized care perceptions positively and nurses' have no empathic skills to support of individuality in care.

Key Words: Nursing, empathic tendencies, empathic skills, individualised care perceptions.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşire temel sorumluluğu olan bakım işlevini, hasta ya da sağlıklı bireylerle kurduğu kişiler arası ilişkiler yoluyla yerine getirmektedir. Kişiler arası süreç günümüz hemşireliğinin önemli bir parçasıdır. Hemşire ve birey arasında kurulan bu ilişkide kullanılan birçok becerinin yanı sıra terapötik ilişkinin kurulması da önemli rol oynamaktadır (Babadağ 2010; Karadağ 2012). Terapötik ilişkinin etkili olarak geliştirilmesi hemşirenin empatik iletişim becerilerini kullanmasını gerektirmektedir. İletişim hemşirenin insan insana bir ilişki kurmasını ve böylece bakımın amacını yerine getirmesini kolaylaştıran bir süreçtir. İletişim hemşirenin bakım verdiği kişilerle her karşılaşmasında yer alır ve hemşirelikte kişiler arası etkileşimin derecesini derinden etkileme yeteneğine sahiptir. Hemşire ve hasta arasında kurulan ilişkinin hedeflerine ulaşabilmesi için hemşirelerin empati kurabilmesi önemli rol oynar. Hemşirelik sanatını yansıtan özelliklerden biri olan empati, bireyin duygu ve düşüncelerinin hissedilmesi, paylaşılması ve karşılıklı etkili iletişimin sürdürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Travelbee hemşirelerin, hastaları ile mümkün olduğunca fazla vakit geçirmelerini önerir. Çünkü empati ancak hasta ile sürekli iletişim içinde olduğunda sağlanabilir (Mercer ve Reynolds 2002; Arslan 2008; Karadağ 2012; Moghaddasian ve ark. 2013).

Travelbee'ye göre hemşirelik, yardım gereksinimi olan birey ile bu yardımı verebilecek düzeydeki bireylerin arasındaki kişiler arası süreçtir. Hastanın gereksinimlerini karşılamak için harekete geçmek ise bir hemşirelik işlevidir. Hastanın gereksinimlerinin karşılanabilmesi için öncelikle bu gereksinimlerin belirlenmesi gerekir. Hemşirenin hastanın gereksinimlerini tanımlayabilmesi, hemşirelik tanımlarını belirleyebilmesi, bu gereksinimleri karşılamak için hasta bakımını planlayabilmesi, uygulayabilmesi ve değerlendirebilmesi için temel koşullardan biri insan insana bir ilişkiye ve etkileşime girmesidir. Hasta ve hemşire arasındaki profesyonel ilişki hemşirelik bakımının sanatsal ve bilimsel yönü için gereklidir. Empati ise bu ilişkide gerekli bir faktör olduğundan etkili bir hemşirelik bakımının temel koşulu olarak düşünülmektedir (Bailey 1996; Karadağ 2012; Ward ve ark. 2012).

Hemşirelerin karşısındaki bireyin deneyimlerini, ilgilerini ve düşüncelerini anlayabilmesi ve anladıklarını karşısındaki bireye iletebilmesini içeren empatik iletişim,

hasta bakımında hasta memnuniyeti ve uyumunun çok yüksek olduğu olumlu sonuçlar sağlar. Hemşireyi hastaya yardım etme konusunda harekete geçiren ve hastasını tarafsız olarak anlayabilmesini sağlayan ise empatik eğilim ve becerileridir (Hojat 2007; Dizer ve İyigün 2009; Arifoğlu ve Razi 2011).

Manav (2008), hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerini değerlendirdiği çalışmasında, hastaları daha iyi anladığını düşünen hemşirelerin empatik eğilim ve beceri düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Hastalarına empatik bir tutumla yaklaşan hemşireler, onların duygu ve düşüncelerini anlar, gereksinimlerini daha doğru saptar, bu gereksinimleri karşılayacak bakımı planlar ve tüm bunların sonucunda da hasta bakımında beklenen etkili sonuçlar sağlanabilir (Mete ve Gerçek 2005; Ünal 2005; Hojat ve ark. 2013; Karaca ve ark. 2013). Empatik yaklaşım sunan hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey ise önemsendiğini, kendisine güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda hemşirenin bireyi bütüncül olarak anlaması kolaylaşır ve dolayısıyla bireyselleştirilmiş bakım sağlanmış olur (Mete ve Gerçek 2005).

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının odağında yer alan insana bireysel inançlarına, değerlerine, duygularına, düşüncelerine, tercihlerine, deneyimlerine ve algılarına göre hümanistik ve holistik bakış açısıyla bakım verilmesidir. Bireyselleştirilmiş bakım, karşılıklı empatik iletişimi, hastanın değerlerine ve gizliliğine saygılı, kültürel değerlerine duyarlı olmayı gerektirir. Bireyselleştirilmiş bakım aynı zamanda, hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, hemşire ve hasta arasında güven ilişkisinin kurulmasını da sağlamaktadır. Sağlıklı/ hasta bireyin bireyselliğinin ve otonomisinin dikkate alınmasını içeren bireyselleştirilmiş bakımda bireye özgü kişiler arası yaklaşımı ve hemşirelik girişimlerini belirlemek önemlidir. Literatürde bireyselleştirilmiş bakımın hem hastalar hem de hemşireler tarafından hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olarak görüldüğü bildirilmektedir. Acaroğlu ve ark. (2007), bireyselleştirilmiş bakım, hasta memnuniyeti ve sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarının sonuçlarına göre, hemşirelik bakımının kalitesinin artırılması için bütüncül bakış doğrultusunda sağlıklı/hasta bireylere hizmet sunumunda bireyselliği destekleyen girişimlere yer verilmesi gerektiği önerilmektedir. Nitekim artan araştırmalar, günümüz sağlık bakım sistemlerinin hemşirelik bakımı açısından

geliştirilmesine dikkat çekmekte ve bakımın bireyselleştirilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır (Yılmaz 2001; Suhonen ve ark. 2008b; Acaroğlu ve Şendir 2012; Berg ve ark. 2012; Scanlan 2014). Diğer taraftan bireyselleştirilmiş bakımda bakımın nasıl olması gerektiği sorusu üzerine odaklanılırken, bu bakım sırasında hemşire ve hasta arasındaki iletişimin nasıl olması gerektiği yeterince açıklanmamaktadır (Acaroğlu ve ark. 2007; Acaroğlu ve Şendir 2012; Berg ve ark.2012).

Uluslararası literatürde hemşirelerin empatik eğilim, empatik beceri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının ayrı ayrı değerlendirildiği çalışmalar yer almaktadır (Radwin ve Alster 2002; Mercer ve Reynolds 2002; Suhonen ve ark. 2008b; 2011b; 2011c; Berg ve ark. 2012; Hojat ve ark. 2013). Ülkemizde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır (Acaroğlu ve ark. 2007; Aktaş ve ark. 2012; Atar ve ark. 2012; Can 2013). Diğer taraftan ülkemizde hemşirelerin empatik eğilim ve becerileri ile hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerini, tükenmişlik düzeylerini, iş doyumunu, problem çözme becerilerini, çalışma koşullarını, hastalarla iletişimde kullandıkları yardım becerilerine ilişkin aldıkları eğitimin etkisini ve hastaların hemşirelik bakımını algılayışını ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır (Ünal 2005; Manav 2008; Cengiz 2008; Köksal 2009; Sütçü 2009; Tekmen 2010; Kaya 2011). Literatürde hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya ise ulaşamamıştır.

Bu noktadan hareketle bu araştırma; hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Elde edilen verilerin, hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerilerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalara uygun kanıtlar sağlayacağı ve rehberlik edeceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Empatinin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Empati kelimesi Almanca ve Yunanca kökenli olup, kökeni, anlamı ve işlevi açısından estetik, psikoloji ve iletişim alanlarındaki uzmanların dikkatini çekmiştir (Hasdemir 2007).

Empati teriminin tarihte ilk olarak Aristo'nun "Rhetoric" adlı eserinde kullanıldığı görülmüş (Altınbaş ve ark. 2010; Teke ve ark. 2010); ancak yaygın olarak kullanımı, 1800'lü yıllarda Almanya'da estetik ve psikoloji alanlarındaki çalışmaların gelişmesi; "Einfühlung" adı verilen bir kavramın ortaya çıkmasıyla başlamıştır. Empati terimini ilk kez ele alan kişi ise sanat çalışmalarına ilişkin gözlemcilerin duygularını vurgulamak için "Einfühlung" terimini kullanan Alman sanat tarihçisi ve filozofu Robert Vischer'tir. Alman Psikolog-Filozof Theodor Lipps ise 1897 yılında kavramı estetik alandan psikoloji alanına taşıyan ve ilk kullanan kişilerden biri olarak bilinmektedir. Lipps, Einfühlung'u insanlarda oluşan estetik hazzı, dış dünyadan (objelerden) duyulan haz olarak tanımlamakta ve insanların bu sayede objelerde yaşadığına dikkat çekmektedir. Einfühlung olayında bu nedenle mutlaka psikolojik bir bağ bulunmaktadır (Dökmen 1988; O'Hara 1999; Hojat 2007; Anar 2013). 1909 yılında İngiliz Psikolog Edward Titchener eski Yunanca'daki "empathia" teriminden yararlanarak Almanca'daki "Einfühlung" terimini, İngilizce'ye "empathy" terimi olarak çevirmiştir. Yunanca kökenli empathia kelimesinin etimolojik anlamı ise "em" ekinin "in içinde, içerde"; "pathia" ekinin "hissetme"dir (Brink 1991; Gülseren 2001).

Einfühlung teriminin İngilizceye "empathy" şeklinde tercüme edilmesinden sonra anlamı daha karmaşık bir hal almış ve ilerleyen yıllarda empatinin anlamı, algısal ve etkileşimli olayları da içermenin ötesinde değişimler geçirmiştir. Bu duruma dikkat çeken bazı araştırmacılar, empatinin yeterince iyi tanımlanmadığını, yapılan tanımlarda ise tutarlılık bulunmadığını belirtmektedir. İlgili yayınlar incelendiğinde empatiye ilişkin tanımların üç temel aşamadan geçtiği görülmektedir (Brink 1991; Anar 2013; Dökmen 2014).

1950’lerin sonlarına kadar empati bilişsel nitelikli bir kavram olarak ele alınmış, “empati ölçümü” adı altında daha çok kişilerin birbirlerinin kişilik özelliklerini nasıl algıladıkları ölçülmüştür (Dökmen 2014).

1960’lı yıllarda ise empatinin bilişsel boyutunun yanı sıra duygusal boyutu da vurgulanmıştır; bu yıllarda kişinin karşısındakinin hissettikleri gibi hissetmesi empati olarak kabul edilmiştir (Dökmen 2014).

1970’lerde ise üçüncü aşamaya geçilmiştir. Bu dönemde empati, 1960’lara oranla daha dar anlamda kullanılmaya başlamış, bir kişinin belirli bir duygusunu anlaşılmasına ve bu durumun ona iletilmesine “empati” adı verilmiştir (Dökmen 2014).

Empati kavramının tanımı kuramcılar ve araştırmacılar tarafından zaman içinde sıkça değiştirilerek, farklı şekillerde öne sürülmüştür (Clark 2007; Dökmen 1988). Bunlardan bazıları şunlardır:

Rogers’ın terapötik ilişkilere olanak sağlayan özgün çalışmalarından sonra empatinin anlam ve önemi daha sık tartışılmıştır. Rogers’a göre empati, terapistin karşısındaki kişinin duygularının etkisi altına girmeyip kendisini başkasının yerine koyduğunu unutmaksızın o kişinin kendisi imiş gibi duygu ve düşüncelerini anlamasıdır. Terapistin kendisinin ve karşısındaki kişinin duyguları arasındaki ayrımın bilincinde olması önemli bir belirleyicidir. Empati ile yüksek düzeyde duygusal, bilişsel ve davranışsal beceriler ortaya çıkar. Rogers, hem bireysel hem de grupla psikolojik danışma sürecinde danışanın kendini tanıması ve olumlu yönde değiştirmesi için empatinin gerekli koşul olduğunu belirtmiştir (Brink 1991; Cengiz 2008; Williams ve Stickley 2010).

Freud çalışmalarının ilk yıllarında empati ile çok fazla ilgilenmemiş, daha çok terapistin karşısındaki kişiyi dinleme biçimi ile ilgilenmiştir. 1920’de Freud empatinin önemini anlayarak, empatiyi; egomuza doğal olarak yabancı olan başka bir insanı anlamamızda en önemli kısmı oluşturan süreç olarak tanımlamıştır. Empatiyi özne ve nesne arasındaki bazı benzerliklerden temel alan özel bir özdeşim şekli olarak değerlendirmiştir (Özbay ve Canpolat 2003).

Barret-Lenard 1981 yılında iki kişi arasındaki karşılıklı iletişim becerisi olarak vurguladığı empatinin, birbirini izleyen adımları içeren döngüsel bir model olduğunu ortaya koymuştur. Bu adımlar ise; dinleyenin karşısındaki kişinin duygularını empatik

olarak fark etmesi ve anlaması, anladıklarını karşısındakine iletmesi ve karşındakinin anlaşıldığını onaylamasıdır (Brunero ve ark. 2010).

Hojat ve ark. (2002) empatiyi bilişsel ve duygusal olmak üzere iki bölümde incelemektedir. Bilişsel alan, başkalarının gözünden dış dünyayı görerek başkalarının ruhsal deneyimlerini ve duygularını anlayabilmeyi içermektedir. Genellikle sempati olarak da tanımlanabilen duygusal alan ise başkalarının duygusal yaşamına girmeyi ve katılmayı içermektedir.

Kohut, Kendilik Psikolojisi Teorisi'nin temel kavramı olarak ele aldığı empatiyi; 1959 yılındaki İçebakış, Empati ve Psikanaliz konulu yazısında da başkasının yerine yapılan (dolaylı) içsel bakış ve tüm psikolojik gözlemlerin temel birleşeni olarak tanımlamıştır. Kohut'a göre terapistin kendisini sürekli olarak hastanın yerine koyup, eğer hastanın yerinde olsaydı neler hissedebileceğini kendi içgözlemi yoluyla anlamaya çalışması gerekmektedir. Empati terapist ile hastanın empatik ilişkiler kurması yani hastaya empatik yaklaşabilmesinde tek yönlü bir süreçtir. Empati yapmadan terapist ile hasta arasında anlamlı bir ilişki olamaz ve terapist hastasının öznel yaşantısına erişemez. Empatinin derinlik psikolojisini tanımladığına vurgu yapan Kohut, Freud'un aksine serbest çağrışım ve direnç analizinin klasik yöntemlerinin, içsel gözlem ve empatinin aktarımında kullanılan yedek göstergeler olduğuna inanmıştır (Baxter 1995; Walker and Alligood 2001; Özbay ve Canpolat 2003; Kohut 2004).

Kalisch empatiyi başkasının iç dünyasına girerek, onun duygularını tam olarak algılayabilme ve bu duyguları anlamlandırabilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Brink 1991). Mayeroff 1972 yılında yayınlanan bakım ile ilgili kitabında Kalisch'in bu görüşünde de yararlanarak empatiyi; "Bir başkasına bakım verebilmek için onu ve dünyasını anlayabilmeliyim. Onun gözlerinden dünyayı görebilmeliyim. Dışarıdan ona sadece bir vakaymış gibi bakmaktansa, yaşadıklarını, çabalarını ve gelişimini anlamak için dünyasına girmeli ve ona eşlik etmeliyim." (Mayeroff 1972, Kaynak: Burnard 2005 s. 104) şeklindeki bir ifade ile açıklamaktadır.

Hoffman empatiyi, kişinin karşısındaki bireyin duygularını hissettiği, onun durumuna etkili yanıt verdiği kişiler arası etkileşim ve kavrama süreci olarak tanımlamaktadır. Ona göre empati bu tanımıyla basit bir kavram gibi gözükse de bilişsel, duygusal ve güdüsel olmak üzere üç bileşeni olduğundan hakkında çok fazla şey öğrenilmesi gereken, karmaşık ve güç bir konudur. Empatiyi kişinin karşındaki

bireyin iç dünyasının (düşüncelerinin, duygularının, sezgilerinin, eğilimlerinin) farkında olması ve ona dolaylı olarak etkili yanıtlar vermesi olmak üzere iki aşamada ele almaktadır (Hoffman 1988).

Türk Dil Kurumu'na göre empati; duygudaşlık anlamına gelmektedir. Duygudaşlık ise aynı duyguları paylaşma, kendini duygu ve düşüncede bir başkasının yerine koyabilmedir (TDK 2015).

Dökmen empatiyi; “bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması” şeklinde tanımlamıştır (Dökmen 2014).

Kısacası empati ötekinin neler deneyimlediğini, kişinin düşünce çerçevesi içinde değerlendirerek duygusal olarak anlama ve ötekinin duygularını özümseyebilme yeteneği olarak tanımlanabilir veya empati için ötekinin ayakkabısını giymek benzetmesi yapılabilir (Altınbaş ve ark. 2010).

2.2. Empati İle Karıştırılan Temel Kavramlar

2.2.1. Empati ve Sempati

Sempati kelimesinin tarihte ilk kez kullanımı 16. yüzyıldan önce olmuştur. Sempati kelimesi aynı duyguları hissetme, benzer duygulardan etkilenme anlamına gelen Yunanca kökenli “sympatheias” (syn-“birlikte” ve pathos-“hissetme”) kelimesinden türetilmiştir. Sempati kelimesinin ilk yorumlanan tanımı başkalarının sevincini ve hüznünü “birlikte hissedebilme” becerisi anlamını içermiştir. Aslında sempatinin ilk anlam ve tanımı, 20. yüzyılda tanımlanan empatiye benzemektedir. 1950’li yıllarda araştırma literatüründe sempati büyük ölçüde bugün empati olarak tanımladığımız kelimenin yerine kullanılmıştır (Gerdes 2011).

20. yüzyılda sempatinin anlamı, sosyal ve gelişim psikologları tarafından başkalarının duygusal durum ve koşullarını hissetme olarak çok basit bir biçimde kavramsallaştırılarak empatiden ayrılmıştır. Singer ve Lamm (2009), empati ve sempati arasındaki kritik ayrımı şu şekilde tanımlamaktadır; sempati, gözlemcinin karşısındaki kişiye yönelik duyguları anlamına gelirken (karşıdakine acıma), empati gözlemcinin karşısındaki ile olan etkili iletişimini yansıtan duyguları anlamına gelmektedir (karşıdaki ile birlikte hissetme) (Gerdes 2011).

Amerikalı psikolog Lauren Wispé, sempatiyi iki aşamada tanımlamaktadır: Bunlardan ilki, başka bir insanın hissettiklerinin en üst seviyeden farkında olunmasıdır. İkincisi ise o insanın içinde bulunduğu zor durumu hafifletmek için gerekenleri yapmaya yönelik bir istek duyulmasıdır (De Waal 2014).

Dökmen'e göre bir insana sempati duymak demek, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak, onunla birlikte acı çekeriz ya da seviniriz. Empati kurduğumuzda ise karşımızdaki kişiyle aynı duyguları ve görüşleri paylaşmamız gerekmez; sadece onun duygularını ve düşüncelerini anlamaya çalışırız. Bir insanı "anlamak" başkadır, ona "hak vermek" başkadır. Empatide anlamak, sempatide ise anlamış olunsun ya da olunmasın karşımızdakine hak vermek söz konusudur. Örneğin, bir ziyafettesiniz ve bir yakınınız, yanında oturan kişinin üzerine yemek döktü. Eğer yakınınızın utandığını fark ederseniz, bu empatidir. Eğer yakınınız yemek döktü diye, onunla birlikte utanırsanız, sempati duymuş olursunuz (Dökmen 2014).

Empatinin sempatiniden farklı olduğu genel olarak kabul edilse de literatürde bu terimlerin kullanımı konusunda çok fazla anlam karmaşası söz konusu olup, bazı yazarlar tarafından ortaya koyulan bu anlam ayrımı diğer yazarlar tarafından gereksiz görülmektedir. Özünde paylaşım kavramını kapsayan bu iki terim tamamen birbirinden farklıdır. Empati yapan kişi, karşısındaki gibi görürken ve onun duygu ve düşüncelerini etkili bir dinleme ile paylaşırken, sempati bunun da ötesi geçerek onun aynı zamanda haklı olduğuna inanmakta, acıyı en az onun kadar yaşamaktadır. Sempati ve empati, etkileşim halindeki iki kişinin bir tür ortak duygu ve düşünce özelliği olsa da empatideki bu duygusal ve düşüncesel ortaklık dinleyenin kendisini, daha önce içerideyken, sonrasında dışarıdan bakan ve değerlendiren kişi konumuna getirmesiyle açıkça farklılık gösterir. Oysa sempati de karşıdaki kişiyle güçlü bir düşünce ve duygu birlikteliği yaşamakta, sempati yapan kişinin dışarıdan bir göz olarak durum değerlendirmesi yapması söz konusu olmamaktadır. Sonuçta, karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak sevinci, öfkeyi, üzüntüyü ya da sevgiyi onunla birlikte deneyimleriz. Empati kurduğumuzda ise karşımızdaki kişinin duygu ve düşünce dünyasını keşfederiz. Empatiyi sempatiden farklı kılan diğer bir özellik ise dinleyenin duygularını kontrol etmesidir. Sempati ileriye dönük etkisi bakımından empatiden ayrılır. Empati başkası hakkında bilgi edinme süreci ile ilgilidir. Oysa sempati, başkası hakkındaki

kaygılarımızı ve onun durumunu düzeltmeye yönelik isteğimizi yansıtır (Brink 1991; Tuncay ve İl 2009; De Waal 2014; Bourgault ve ark. 2015).

2.2.2. Empati ve Sezgi

Sezgi, gerçeğin deneye veya akla vurmadan doğrudan doğruya kavranması ya da bilinçli bir akıl yürütme olmaksızın bilebilme gücü, nasıl bildiğini bilmeden bilebilmedir (Arslan 2008; TDK 2015).

Descartes'e göre sezgi, ister ilk ilke niteliğindeki temel bilginin bir çırpıda doğuşuna, ister bir bağlantının birdenbire görülmesine karşılık olsun, basit bir durumun bir anda görülmesi demektir. Zihnin en basit, en yalın doğrularını ortaya koyan işlevidir (Öktem 2000).

Kanta'a göre de sezgi tıpkı Descartes da olduğu gibi zihinseldir. Her ikisi de sezgiyi tamamen zihinsel bir yeti olarak görmüştür (Öktem 2000).

Bergson'a göre ise sezgi, durağan olmayan gerçeğin kavranma aracıdır. Descartes ve Kant'ın aksine sezgiyi zihinden ayrı bir bilgi aracı, zihinden ayrı bir bilgi yetisi olarak kabul eder. Mutlak hakikate, ancak sezgi ile varılabileceğini ifade eder (Öktem 2000).

Sezgideki kavrama becerisi, bazen duyularla veya akılla, bazen de mistik bir tecrübe ile ilişkilendirilmektedir. Kavramanın doğrudan doğruya olması ise bir çıkarımın, nedenlerin, öncüllerin, bir tanımlama işleminin, doğrulamanın, sembollerin ve bir düşünme sürecinin bulunmaması anlamına gelmektedir (Köz 2004).

Empati ve sezgi, çabuk ve derin bir anlayışa ulaşmayı sağlar. Empati, duygu ve dürtüler açısından yakın bir bağlantı kurma yöntemidir, sezgi ise aynı şeyi düşünceler alanında yapar. Benlik işlevleri açısından ele alındığında, empati deneyimleyen, sezgi ise gözlemleyen benliğin bir işlevi olarak kabul edilebilir. Empati, yalnızca benlik işlevleri açısından değil aynı zamanda nesne ilişkileri açısından da kontrollü ve geriye dönüşlü regresyon kapasitesini gerektirir. Sezgi her ne kadar regresif bir durumsa da temel olarak bir düşünce işlemidir (Gülseren 2001).

2.2.3. Empati ve Özdeşim

Özdeşim bir kişinin birçok yönleri ile bir başka kişiye benzemesi yoluyla gerçekleşen, otomatik, bilinç dışı işleyen bilimsel bir süreçtir. Özdeşim içimizde, bizi sınımsız sarmakta ve yakın olduğumuz kişinin mevcut durumuna, duygularına ve davranışlarına uyum sağlayacak hale getirmektedir. Uyum sağladığımız bu kişiler bizim için rol model olmaktadır. Özdeşleştirdiğimiz kişiyi taklit etmemiz, sadece hareketlerimizin benzemesine neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda karşımızdaki ile sahip olduğumuz bağların güçlenmesine de yol açmaktadır (Gülseren 2001; De Waal 2014).

Literatür bilgileri doğrultusunda bakıldığında özdeşim ve empatinin anlamları örtüşmekle birlikte aslında bu iki kavram tamamen birbirinden farklıdır. Özdeşim, iki kişinin aynı benliği paylaşmasına benzemektedir. Oysa empati de iki farklı benliğin birlikte var olması söz konusudur. Özdeşim kurmanın, bireyin kendi özgün kimliğinin farkında olmadığı ve dünyada olmak için bir yol aradığı durumlarda yaşanması olasılığı daha yüksektir. Kişi, karşısındakinin hissettiklerini hissetmeye çalışılırken onunla özdeşim kurarsa yardım ilişkisi sona erer (Gülseren 2001; Tuncay ve İl 2009).

Özdeşimde ile kişi yalnızca karşısındaki kişinin duygusal durumunu anlamakla kalmaz bunu hissetmeyi de devam ettirir. Oysa empatide böyle bir süreklilik söz konusu değildir. Olaylara karşımızdakinin bakış açısıyla bakarken bunu belli bir zaman içinde yapmalıyız, aksi takdirde o bireyle özdeşim kurarız ve bu da bizi tarafsızlıktan uzaklaştırır (Cevahir ve ark. 2008) .

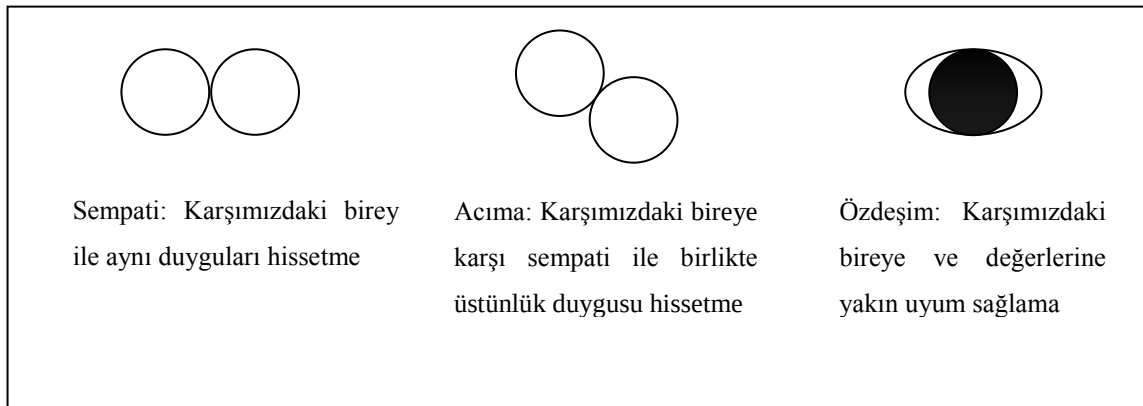
Empati kurduğumuz kişilerle özdeşim kurmamız gerekli değildir; hatta özdeşim empatiyi zedeleyebilir. Sempatide duyduğumuz kişilerle özdeşim kurmuş olabiliriz (Dökmen 2014).

2.2.4. Empati ve Acıma

Acıma mutsuz, üzgün ve acı çeken bireylere karşı keder ve üzüntünü ifade etme ve acı çekenin bu durumunu aktif olarak paylaşmadır. Acı çekenin uyum sürecini hızlandıran ve sonrasında rahatlamasını sağlayan bu paylaşım, bireyin gerçeği kabullenmesini sağlar (Morse ve ark. 2006).

Acıma kelimesi, cömert ve yardımsever anlamına gelen Latince “pietas” kelimesinden türetilmiştir. 13. yy sonlarında bir kavram olarak ortaya çıkmış olup, acı

çeken veya tahlihsiz bir durum yaşayan bireye karşı duyarlı olmayı tanımlamak için kullanılmıştır. Acıma duygusu, acı çeken bireyi rahatlatma isteğini veya merhamet göstermeyi içermektedir. Sekizinci yüzyılın sonlarında “acıma”nın kelime olarak anlamı orijinal anlamından uzaklaşmıştır. Nietzsche’nin insanın iç dünyasını yansıtan rasyonel örneklerinde kabul edilen modern anlamında masumiyetle olan ilişkisini kaybederek negatif bir anlam almıştır. Bu nedenle modern anlamda merhametli olmak negatif hatta onur kırıcı bir anlama sahiptir (Gerdes 2011). Sempatinin farklı bir biçimi, sempatik üzüntünün farklı bir türü olarak tanımlanmasına rağmen, sempatide duyguların birlikte paylaşıldığı ilişkinin yerini acıma da sempati duyan kişinin üstünlük duygusu hissettiği bir ilişkiye bırakır. Bir kişiye acıdığımızda, onun için üzülür ve bu yüzden farkında olmadan kendimizi şanslı ve ondan üstün hissederiz. Bu yönüyle acıma duygusu empati ve sempatiden ayrılır (Davis 1990). Sempati, acıma ve özdeşim kavramları arasındaki fark Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



Şekil 2-1: Kişiler Arası Süreçte 3 Temel Kavramın Grafikselsunumu-Davis (1990)’dan

2.3. Empatinin Aşamalı Sınıflaması

Üstün Dökmen tarafından 1988 yılında ortaya koyulan Aşamalı Empati Sınıflaması’na göre üç temel empati basamağı vardır. Bu basamaklar Onlar Basamağı, Ben Basamağı ve Sen Basamağı’dır. Bu basamakların her birisi kendi içerisinde “Düşünce” ve “Duygu” olmak üzere iki alt basamaktan oluşmaktadır. Aşamalı Empati Sınıflamasına göre ;

Onlar Basamağı: Bu basamakta, kendisine anlatılan problemi dinleyen (tepki veren) kişi bu problem üzerinde yoğunlaşmaz; problemi anlatan kişinin duygu ve düşüncelerine dikkat etmez; bu probleme ilişkin olarak kendi duygu ve düşüncelerinden de söz etmez. Problemi dinleyen, problem sahibine öyle bir geri bildirim verir ki bu geribildirim, ortamda bulunmayan üçüncü şahısların bakış açısını yansıtmaktadır; yani kişi, dinlediği probleme ilişkin olarak toplumun görüşlerini dile getirir, başkalarının söylemesi muhtemel şeyleri söyler. Bu basamakta tepki veren kişi, bir takım genellemeler yapar, atasözlerini kullanır.

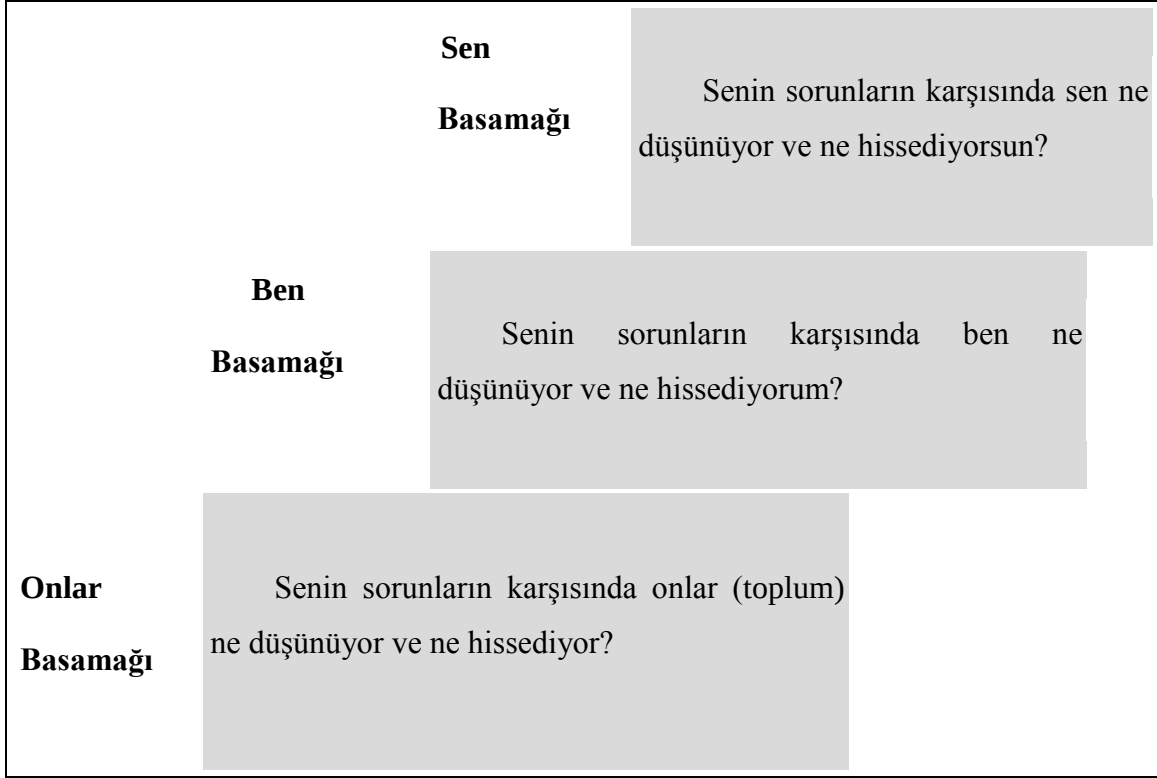
Örneğin, parasını israf ettiği için yakınan bir kişiye “Ayağını yorganına göre uzat,” diyen bir kişi, Onlar Basamağı’nda bir empatik tepki vermiş olur. Bu tepkide tepki veren kişinin veya karşısındaki kişinin duygu ve düşünceleri yer almamakta, yalnızca toplumun bu konuya ilişkin görüşü yansıtılmaktadır. Onlar Basamağı’nda empatik tepki veren bir kişi, henüz benmerkezci bile değildir; ya kişisel görüşü yoktur, ya da kendisi üzerinde etkili olan başkalarının görüşlerini kendi görüşlerinden üstün tutmaktadır (Dökmen 1988; 2014).

Ben Basamağı: Bu basamakta empatik tepki veren kişi, benmerkezcidir; problemini anlatan kişinin duygu ve düşüncelerine eğilmek yerine, probleme ilişkin kendi duygu ve düşüncelerini dile getirir. Ben Basamağı’nın düşünce düzeyinde bir empatik tepkiyi ortaya koyan kişi sorun sahibini eleştirerek ona akıl verir; problemine ayaküstü cevap verir; bazen de kişiyi kendi sorunlarıyla baş başa bırakıp kendinden söz etmeye başlar, örneğin psikanalitik açıklamalarda bulunur ya da “aynı dert bende de var” der ve kendi sorunlarını anlatmaya başlar (Dökmen 1988; 2014).

Ben Basamağı’nda empatik tepki veren kişi, karşısındaki insanı bir ölçüde rahatlatılabilir. Bu yüzden Ben Basamağı’ndaki tepkiler Onlar Basamağı’ndaki tepkilere oranla daha kaliteli sayılabilir. Ancak, Ben Basamağı’nda empatik tepki veren kişiler bilişsel ve duygusal açıdan karşılarındaki kişinin rolünü almadıkları için yeterli düzeyde empati kurulmuş sayılmazlar (Dökmen 1988; 2014).

Sen Basamağı: Bu basamakta empatik tepki veren bir kişi, kendisine problemini ileten kişinin rolüne girer, olaylara o kişinin bakış açısıyla bakar. Yani kendisine iletilen sorun karşısında toplumun ya da kendisinin duygu ve düşüncelerini dile getirmez; doğrudan doğruya karşısındaki kişinin duygu ve düşünceleri üzerinde odaklanarak, o

kişinin ne düşündüğünü ve hissettiğini anlamaya çalışır (Dökmen 2014). Aşamalı Empati Sınıflaması'na ait basamaklar Şekil 2.2'de özetlenmektedir.



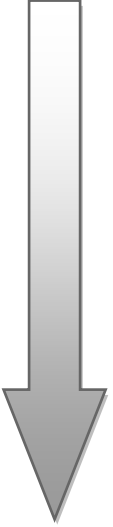
Şekil 2-2: Aşamalı Empati Sınıflaması- Dökmen (2014)'den

Dökmen (2014) bu üç temel empati basamağını kapsayacak şekilde on altı basamak oluşturmuştur. Bu basamakların sıralanış şeklinden emin olabilmek için, basamakları karışık bir şekilde psikiyatrist ve klinik psikologlardan oluşan 30 kişilik bir uzman grubuna vermiş ve grubun yargılarını, ardışık aralıklarla sınıflama yöntemine benzeyen “sıralama yargılarıyla” ölçeklendirmiştir. Sonuçta, söz konusu on basamak en az etkiliden en çok etkiliye şu şekilde sıralanmıştır (Tablo 2.1):

- 1. Senin problemin karşısında başkaları ne düşünür, ne hisseder:** Bu basamakta empati kurmaya çalışan kişi, birtakım genellemeler yapar, felsefi görüşlere, atasözlerine başvurabilir; dinlediği probleme ilişkin olarak genelde toplumun neler hissedebileceğini dile getirir; problemini anlatan kişiyi toplumun değer yargıları açısından eleştirir.

2. **Eleştiri:** Dinleyen kişi, problemini anlatan kişiyi ve problemini, kendi görüşleri açısından eleştirir, yargılar.
3. **Akıl verme:** Karşısındakine akıl verir, ona ne yapması gerektiğini söyler.
4. **Teşhis:** Kendisine anlatılan probleme ya da problemini anlatan kişiye teşhis koyar; örneğin “ bu durumun sebebi toplumsal baskılardır,” ya da “Sen bunu kendine fazla dert ediyorsun” der.
5. **Bende de var:** Kendisine anlatılan problemin benzerine kendisinin de sahip olduğunu söyler; “aynı dert benim de başımda,” diyerek kendi sorununu anlatmaya başlar.
6. **Benim duygularım:** Dinlediği problem karşısında kendi duygularını sözle ya da davranışla ifade eder; örneğin “üzüldüm” ya da “sevindim” der.
7. **Destekleme:** Karşısındaki kişinin sözlerini tekrarlamadan, onu anladığını, ona katıldığını, onu desteklediğini belirtir.
8. **Probleme eğilme:** Kendisine iletilen probleme eğilir, problemi irdeler, konuya ilişkin sorular sorar.
9. **Tekrarlama:** Kendisine iletilen mesajı (problemi), gerektiğinde mesaj sahibinin kullandığı bazı kelimelere de yer vererek özetler; yani dinlediği mesajı kaynağına yansıtmış olur; bu arada dinlediği kişinin yüzeysel duygularını da yakalayarak yansıttığı bu mesaja ekler.
10. **Derin duyguları anlama:** Karşısındaki kişinin sözlerinde açıkça bulunmayan birtakım derin duyguları da yakalayarak ona iletir. Empati kuran kişi, kendisini empati kurduğu kişinin yerine koyarak, onun açıkça ifade ettiği ya da etmediği duyguları ve onlara eşlik eden düşünceleri fark eder ve bu durumu ona ifade eder.

Tablo 2-1: Aşamalı Temel Empati Basamaklarının Etkililik Durumu

Alt Basamaklar	Temel Empati Basamakları	Etkilik Durumu
1. Senin problemin karşısında başkaları ne düşünür, ne hisseder	Onlar Basamağı Düşünce ve Duygu Düzeyi	EN AZ ETKİLİ
2. Eleştiri		
3. Akıl verme	Ben Basamağı Düşünce Düzeyi	
4. Teşhis		
5. Bende de var		
6. Benim duygularım	Ben Basamağı Duygu Düzeyi	
7. Destekleme	Sen Basamağı	
8. Probleme eğilme	Düşünce Düzeyi	
9. Tekrarlama	Sen Basamağı	
10. Derin duyguları anlama	Duygu Düzeyi	
		EN ÇOK ETKİLİ

* Dökmen (2014)'den uyarlandı.

Gerçek anlamda empati son dört basamakta, yani Sen Basamağı'na ilişkin olarak ortaya çıkmaktadır. Son dört basamak öncesindeki altı basamak, asıl empatik tepkilere giden yolda bir hazırlık safhası olarak düşünülebilir (Dökmen 2014) .

2.4. Empatik Eğilim

Empatik eğilim bireylerin empati kurabilme potansiyelini gösteren bir kişilik özelliğidir. Bireyin karşısındaki birey ile iyi bir iletişim kurabilme yeteneğine sahip olma özelliğini ve bu becerilerini başkalarına karşı sorumluluk hissettiğinde kullanabilme eğilimini gösterir (Stein ve Book 2003; Manav 2008; Ioannidou ve Konstantikaki 2008; Dizer ve İyigün 2009; Dökmen 2014). Rogers 1983 yılında

“empatik eğilimi” sosyal duyarlılık olarak olarak tanımlamıştır. Sosyal duyarlılığın bir kişilik özelliği olduğunu ve her insanda bulunmadığını, sosyal duyarlılığa sahip bireylerin daha fazla empatik olabileceklerini ve empatiyi kolayca öğrenebileceklerini belirtmiştir (Öz 1998).

Çeşitli durumlarda, genellenmiş empatik yanıt olarak düşünülen empatik eğilim, duygusal olarak karşımızdaki bireyin hissettiği duygular ile benzer duyguların hissedildiği bireysel bir kişilik özelliği olarak adlandırılmaktadır (George 2000; Dizer ve İyigün 2009). Empatik eğilimi yüksek olan bireylerin toplumda diğer bireylere yardım etme isteği daha fazladır. Bu yardım davranışının temelinde alturistik değerler veya egoist güdüler yer alabilir (Dökmen 2014).

2.5. Empatik Beceri

Empatik beceriler başarılı bir terapötik ilişkinin kurulmasında kritik öneme sahip olmasına rağmen, bazen gerektiği gibi kullanılmayan ve anlaşılamayan iletişim becerileridir (Dow ve ark. 2007; Ioannidou ve Konstantikaki 2008).

Empatik beceriler bireyle etkili iletişim kurulması, duygu ve düşüncelerinin anlaşılması açısından kritik öneme sahiptir (Halpern 2003). Mesleki eğitim sırasında kazandırılan, zamanla uygulama ve deneyimlerle geliştirilebilen empatik beceriler, bireyin sorunlarının saptanmasını, bireyin iç dünyasının anlaşılmasını ve olabildiğince bireyden fazla bilgi toplanmasını sağlayan girişimlerdir (Öz 1998; Yu ve Kirk 2008; Derksen ve ark. 2013).

2.6. Hemşirelikte Empatinin Yeri ve Önemi

Etkili iletişimin en gerekli olduğu alanlardan biri olan sağlık bakım ortamında hemşireler, hasta bakımı sırasında bilgi verme, yanlış anlamaları düzeltme, bakım planlarının geliştirilmesine yardım etme ve eğitimle iyilik halini kolaylaştırmada iletişim becerilerini kullanırlar (Bulduklu ve Koçak 2010; Perry ve Potter 2011).

Hemşirelik bakımında, bilim kadar insani ilişkilerin önemi büyüktür. İnsani ilişkileri hemşireliğe özel yapan en belirleyici nitelik olan alturistik yaklaşım, hemşirelerin kendi dışında bir bireyin duygu ve düşüncelerini anlayarak onun yaşamına girmesini sağlar. Sözel veya sözsüz olarak paylaşılan bu duygu ve düşüncelerin paylaşım yöntemi ya da aracı kuşkusuz iletişimdir (Babadag 2010).

Bir sağlık disiplini üyesi ve birey olarak hemşirede bulunması gereken temel özelliklerden biri empatidir (Babadağ 2010). Hemşirelikte empati, hasta bireyin kendine özgü bakış açısı, görüşleri, düşünceleri ve duygularına ilişkin durumunu anlama ve bireyle iletişim kurarak anladıklarını onunla paylaşma ile bu anladıkları doğrultusunda yardım edici şekilde davranma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Hemşire ve birey arasındaki bu iletişimde hemşirenin anladıklarını bireye iletmesi, hasta bireyin duygularına ve ihtiyaçlarına verilen empatik yanıttır. Empatinin terapötik ilişkideki önemi de hemşire ve birey arasında kurulan empatik ilişkinin amacıyla yakından ilişkilidir (Mercer ve Reynolds 2005; Stein-Parbury 2009; Moghaddasian ve ark. 2013; Parkin ve ark. 2014). Kunyk ve Olson (2001), hemşirelik literatüründe yer alan çalışmaları incelediğinde hemşirelik iletişimde empatinin, insani özellik, profesyonel durum, iletişim süreci, bakım ve özel ilişki olarak tanımlandığını saptamıştır.

Kuramlarını hemşire ile hasta arasındaki ilişki ve iletişime temellendiren hemşire liderler, empati kavramını doğrudan ya da dolaylı olarak kuramlarında ele almışlardır. Ayrıca bazı araştırmacılar ise bu kuramlardan yararlanarak empati odaklı teoriler geliştirmişlerdir.

Peplau 1952’de ortaya koyduğu “Kişilerarası İlişkiler Kuramı”nda kişiler arası sürecin yapısal kavramlarını tanımlayarak, hemşire-hasta ilişkisinin dönemlerini ve bu ilişkide hemşirenin rollerini tanımlamıştır. Kuramında, hasta ve hemşire ilişkisinden, hasta ve duygularının farkında olmasından, hemşire ve duygularının farkında olmasından söz eder (Kutlu 2012). Hasta ve hemşire arasındaki ilişkilerin üzerinde duran Peplau; bu ilişkileri oryantasyon, tanılama, yararlanma ve çözümleme olmak üzere dört aşamada ele almıştır. Ayrıca bu aşamalarda ortaya çıkan ve hasta hemşire ilişkilerini etkileyen altı değişik hemşirelik rolünü tanımlamıştır. Bunlar; yabancı kişi rolü, kaynak kişi rolü, eğitim rolü, liderlik rolü, vekil kişi rolü ve danışmanlık rolü’dür. Peplau’nun aşamaları ve hemşirelik süreci ardışık olduğu kadar terapötik etkileşime odaklanmıştır. Bireyin sorunlarının karşılıklı açıklanması, bireyin sorununu anlamaya ve çözümlemeye yönelik alternatifler bulmaya olanak sağlar (Kutlu 2012; Pektekin 2013).

Travelbee’ye göre hemşirelik iki insan arasındaki kişiler arası süreçtir. Kuramı, hemşire-hasta ilişkisi, ağrı acı çekme kavramları ve bu kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla geliştirilmiş hiyerarjik bir kuramdır. Travelbee bu nedenle

yardım verebilecek düzeydeki kişiler olan hemşirelerin, hastalık nedeniyle yardıma gereksinimi olan birey ile mümkün olduğunca beraber olmalarını önerir. İletişim hemşire-hasta birey arasında bir araçtır. Hemşire ve hasta birey arasında kurulan ilişkinin hedeflerine ulaşabilmesi için ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati ve sempati aşamalarından geçmesi gerekmektedir (Karadağ 2012). Hemşire hasta bireyi zamanla algılamaya, anlamaya başlar ve bu aşamada empati gelişir (Pektekin 2013). Empati duyan kişi başkalarının stresini algılayabilir, stresin kaynağını tanıyabilir ve sonuçta gösterilecek davranışı tahmin edebilir (Karadağ 2012).

King kuramında etkileşim, iletişim, transaksiyon, rol, stres, büyüme ve gelişim, zaman, alan gibi kavramlar üzerinde durmuş, etkileşimde bulunan bireylerin farklı bilgi, gereksinim, deneyim ve algılamaları olduğunu, hemşirelerin amaca ulaştırıcı özellikte bir etkileşime girdiklerini söylemiştir (Pektekin 2013). King 1971 yılındaki ilk çalışmasında kişiler arası ilişkilere dikkat çekerek, insanı çevresi ile etkileşim içinde olan açık bir sistem olarak tanımlamıştır. Birbiriyle ilişkili ve sürekli etkileşim içinde olan kişisel, kişiler arası ve sosyal sistemleri kapsayan üç kavrama açıklık getirmiştir. Walker ve Alligood (2001), King'in Etkileşim Sistemi'nden köken alarak geliştirdiği empati teorilerinde, empati kavramı ile ilişkili konuları açıklamaya çalışmıştır. King Etkileşim Sistemi'nde doğrudan empatiyi ele almasa da araştırmacılar, onun çalışmasını yorumlayarak insanın duygusal katılımı ve çevresiyle etkileşimi sonucu oluşan empatik gelişimsel olguların teorisini öne sürmüştür.

Son yıllarda hemşirelik bakımında empatiye olan ilgi giderek artmıştır (Yu ve Kirk 2008). Bireylerin deneyimlerini, ilgilerini ve düşüncelerini anlamayı ve bu anlaşılana karşımızdakine iletmeyi içeren empatik iletişim, hastaların memnuniyeti ve uyumu gibi olumlu hasta sonuçlarını sağlamaktadır (Ward ve ark. 2012; Hojat ve ark. 2013). Kapsamlı hemşirelik bakımı için temel oluşturan ve birey merkezli iletişimde temel öğelerden biri olan empati, bireye kendisi ile ilgilenildiği mesajını verir. Hemşire ile birey ve ailesi arasında kurulan empatik iletişim birey ve ailesinin duygularını ve gereksinimlerini rahat bir şekilde ifade edebildiği iletişim ortamının oluşturulmasına yardım eder (Bailey 1996; Mercer ve Reynolds 2005; Perry ve Potter 2011; Moghaddasian 2013; Parkin ve ark. 2014). Hemşire birey iletişimde hemşirenin empatiye sahip olması ve empati becerilerini istenilen düzeyde geliştirmiş olması bakımın kalitesini artıracaktır. Empatik eğilim her ne kadar bir kişilik özelliği olsa da

zamanla gelişen empatik beceri, mesleki eğitim sırasında öğretilerek kazandırılabilir ve bakım ile mesleki uygulamalarla da geliştirilebilir. Hemşirelik eğitiminde empati genellikle dinleme ve yanıtlamanın mikro beceri temelli davranışsal biçimi olarak öğretilmektedir (Yu ve Kirk 2008; Dizer ve İyigün 2009; Williams ve Stickley 2010).

Başlangıçta hemşirelik çalışmaları hemşirelerin etkili bir terapötik iletişimde empatiye sahip olmadıklarını kanıtlamak için yapılmışken, daha sonraki çalışmalarda hemşirelerin olumlu empatik özelliklere ve hemşirelik uygulamalarına sahip olduğunun gösterilmesi ve özellikle hemşirelik uygulamalarında empatiyi desteklemek için hemşirelik eğitiminden yararlanılması amaçlanmıştır (Bailey 1996). Literatürde yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin duygusal, davranışsal ve bilişsel açıdan empati düzeylerinin incelendiği görülmektedir (Cunico ve ark. 2012; Polat ve ark. 2013; Duman ve Acaroğlu 2014; Özakgöl ve ark. 2014).

Öz (1992) hemşirelerin empatik iletişim becerisi ve eğilimine eğitimin etkisini incelediği çalışmada hemşirelere eğitim vermiştir. Verilen bu eğitimin hemşirelerin empatik iletişim becerilerini geliştirdiği, ancak empatik eğilimlerinde herhangi bir değişiklik sağlamadığı sonucuna ulaşmıştır.

Bailey (1996) yoğun bakım hemşirelerin empati düzeylerini incelemek için yapmış olduğu çalışmada cinsiyet, yoğun bakımda çalışma yılı, eğitim düzeyi ve çalıştığı birimdeki görevinin empati düzeyini etkilemediğini saptamıştır.

Kunyk ve Olson (2001) hemşirelikte 1992-2000 yılları arasındaki araştırmalara göre empatiyi tanımladıkları çalışmada empati kavramının gün geçtikçe geliştiği, hemşire araştırmacıların ise kavramı farklı görüşler, zaman çerçevesi, ölçüm araçları ve sonuçları açısından ele aldığı sonucuna ulaşmıştır.

Manav (2008) hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerini değerlendirdiği çalışmada empatik eğilim düzeylerini hemşirelerin mesleklerinden memnun olma durumlarının ve hastayı anlama konusunda yeterliliklerinin etkilediğini; empatik becerilerini ise çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumları, çalışma süreleri ve temel eğitimde empati eğitimi alıp almama durumlarının etkilediğini saptamıştır.

Cengiz (2008) hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumu arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmada empatik eğilim düzeyi ve iş doyumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını saptamıştır.

Köksal (2009) hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlediği çalışmada empatik eğilimleri yüksek olan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinde azalma, kişisel başarısında da artış olduğu görülmüştür.

Brunero ve ark.nın (2010) hemşirelikte empati eğitimine ilişkin literatür taraması yaptıkları çalışmada cinsiyet, kültürel değerler ve klinik deneyimlerin gelecekte hemşirelik eğitimini etkileyeceği sonucunu savunulmaktadır.

Coşkun (2011) iç hastalıkları ve cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin empatik beceri düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında hemşirelerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki görevi gibi değişkenlerin empatik beceri puanlarını etkilediğini ancak yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hemşire olarak çalışma süresi, bulunduğu birimdeki çalışma süresi, çalışma şekli, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı gibi değişkenlerin ise empatik beceri puanlarını etkilemediğini belirlemiştir.

Kaya (2011) hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını karşılaştırdığı çalışmada hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeylerinin orta düzeyli olduğu ve araştırma kapsamına alınan hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili kararlarda fikirlerinin alınmasının hemşirelik bakım algısını etkilediği sonucunu elde etmiştir.

Duman ve Acaroğlu (2014) hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri ve empatik becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, birinci sınıf öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri ve empatik becerilerinin düşük olduğunu, duygusal zeka düzeyleri ve empatinin birbirlerini pozitif yönde etkilediğini saptamışlardır.

Tüm bu çalışmalar doğrultusunda bakıldığında, empati duyarlılık, yaratıcılık ve verilen mesajın anlaşıldığını iletebilme yeteneklerini gerektirmektedir. Hemşirelerin hastalarına yardımcı olabilmeleri, empatik eğilimine sahip ve empatik becerilerini istenilen düzeyde geliştirmiş olmalarını gerektirmektedir (Öz 1998).

2.7. Bireyselleştirilmiş Bakım

2.7.1. Hemşirelik Bakımının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı

Her mesleğin doğuşunu gerektiren nedeni yaratan insan, doğduğu günden itibaren yeryüzünde yerini alarak gereksinimleri doğrultusunda doğa ile mücadele etmiş ve kendini savunmuştur. Bazen yenmiş; bazen yenilmiş; yenildiği, yaralandığı zaman kendine yardım edecek, iyileştirecek, bakımıyla uğraşacak kişilere gereksinim duymuştur. Duyulan bu gereksinim üzerine de hemşirelik mesleğinin temelleri atılmıştır (Şentürk 2014).

İnsanın var oluşundan günümüze değin yaşanan savaşlar, sosyal olay/hareketler, toplumsal yapı ile gereksinimler ve felsefî akımlar gibi tüm evrensel değişimlerin hemşireliğin değişimine ve gelişimine neden olarak, hemşireliği biçimlendirdiği görülmektedir. Bu nedenle tüm bu evrensel değişimler çerçevesinde hemşirelik bakımını ele almak daha doğru olacaktır (Babadağ 1995; Öztunç 2013; Şendir 2013).

Hemşirelik mesleğinin gelişimi ve ilerleyişi ilk çağlara kadar uzanan tarihsel olaylarla ilişkilidir. İlkel toplumlarda bakım verici bir kişi olması kararı insanların kendi seçimlerine bırakılmamıştır. Eski çağlarda erkekler fiziki üstünlükleri nedeniyle dışarıda çalışmış, kadınlar ise evde bebeklerinin, hasta ve yaralı aile üyelerinin bakımını üstlenmiştir. Bu nedenle hemşirelik bakımı kadınlarla ilişkilendirilmiş ve hemşireliğin tarihi kadının bu sağaltıcı (şifa verici rolü) ile başlamıştır. Ancak tıpın dinsel bir özelliğe sahip olduğu bazı toplumlarda hasta bakımında şamanlar ile ilk tıp adamları olarak bilinen kişiler ve kabile üyeleri önemli rol almıştır. Bu nedenle ilk çağlara özgü sağlık uygulamalarını sihire dayalı ve folklorik girişimler şeklinde özetlemek mümkündür (Babadağ 1995; Egenes 2009; Öztunç 2013).

Eski Çin, Mısır, Babil, Hint ve diğer doğu medeniyetlerinde tedavi ve bakım din adamları tarafından yapılmıştır. Tüm bu uygarlıklar için su oldukça önemli bir dini inanç ve sağlık kaynağı olmuştur. Sıcak-soğuk uygulamalar, masaj, lavman ve doğum gerçekleştirme gibi uygulamalar bu dönemde başlamıştır. Eski Yunan Uygarlığı'nda ise mitolojinin etkisinde kalınarak hasta bakımı tanrılara mal edilmiş, bunlar için kullanılan sağlık tapınakları hastane olarak kullanılmıştır. Hippocrates ile tıp bilimsel bir temele oturtulmuştur (Babadağ 1995; Öztunç 2013).

Toplumsal yaşamda tek tanrılı dinlerin hakim olmasıyla tıp ve hasta bakımı da bu durumdan etkilenmiştir. Museviler damardan kan alma, izolasyon, doğum, lohusalık dönemi ve beslenmede hijyen gibi konulara büyük önem vermiştir. Hristiyanlıkla birlikte sağlık bakım hizmetleri örgüte dönüşmüştür. Bu dönemde birçok zengin ve asil kadın rahibeliği seçerek hasta bakımında önemli görevler almıştır. Bu dönemde Dekon ve Dekonesler, kiliseye müracaat eden açların doyurulması, yoksulların giydirilmesi ve evsizlerin barındırılması gibi bakım hizmetlerini uygulamıştır. Müslümanlıkta ise savaşlarda yaralı ve hastaların bakımı için ilk kadın topluluğu oluşturulmuştur (Babadağ 1995; Torun 2008).

Ortaçağ Avrupası'nda hemşirelik bilim ve sanatında henüz önemli bir gelişme yokken hastanecilik ve hasta bakımı yaygın durumdaydı. Bu çağda hemşirelik hizmetleri basit bir şekilde Katolik kilise'nin etkisi ve koruması altında uygulanmıştır. Bu dönemde hemşirelik, Hristiyanlıkla başlayan, Platon tarafından ortaya konulan ve 1920'li yıllara kadar etkinliğini koruyan idealizm/asetizm felsefe akımının etkisine girmiştir. İdealizm/asetizm felsefesi dualizm felsefesinden köken alan ve dinsel gerçekliği savunan bir düşüncedir. İdealizm/asetizmde insana ait gerçek/öz yerine dini inanç ve değerlere ait gerçekler ideal düzeyde önemli olmuştur. Hemşirelik bakım uygulamalarında yaparak öğrenmeye önem verilmiş, hemşireliğin formal eğitim yerine usta-çırak ilişkisi ile öğrenebileceği düşüncesi kabul görmüştür. Hemşireler insan ve topluma yardım etmeyi amaçlamışlar, kendi gelişimlerini ikinci plana atmışlardır. Ortaçağda hemşirelik ve hasta bakımını etkileyen önemli olaylar ise Haçlı seferleri, Rönesans ve Reform hareketleri olmuştur. Feodal sistem ile kilisenin neden olduğu Haçlı Seferleri sırasında bakım görevi askeri rahiplere verilmiştir. Böylece hemşireliğe askeri düzen ve çok sayıda erkek girmiştir. Rönesans ve Reform hareketleri ile birlikte ortaya çıkan sosyal, ekonomik ve politik olaylar kilisenin manastırlar üzerindeki etkisini giderek azaltmasıyla hasta bakımı karanlık döneme girmiştir. Bu dönemde tıp manastırdan ayrılarak ilerlemiş, hasta bakımı ile bağlantısını reddetmiştir. Tıbbın yararlandığı yeni düşünce ve eğitim sistemi ile yeni buluşlarından uzak kalan bu olumsuz hasta bakım ortamından birçok rahibe ayrılmış ve hasta bakımında ahlaki çöküntü, alkolik ve eğitimsiz kadınlar yer almıştır. Ayrıca bu dönemde halk bakım hizmetleri için ücret ödemek istememiş, bunun sonucunda hastaneler hayır kurumları olmadığı gerekçesi ile kapatılmış ve hastanelerde çalışacak sosyal statüye sahip kişiler bulunamamıştır. Tüm bu nedenlerden dolayı hasta bakımı son derece gerilemiş ve bu

dönem ortaçağın sonuna dek giderek hasta bakımında “Karanlık dönem olarak” anılmıştır (Beavis 1989; Babadağ 1995; Geyer ve ark. 2009; Turan ve ark. 2011; Öztunç 2013; Şendir 2013).

Yeniçağda yaşanan Endüstri Devrimi, Yeni Düşünce Sistemi, Makine Çağı, Kadın Hakları Hareketi, Tıp ve Hastanelerdeki Gelişmeler ile Hemşirelikte Reform Hareketleri hasta bakımında önemli gelişmelerin yaşanmasına neden olmuştur. Orta çağda da devam eden kilisenin katı idealist anlayışına bir tepki olarak insani duygu ve düşünceleri öne çıkaran romantizm; endüstriyel devrim ile birlikte yükselen maddeci realizme karşı gelişmiştir. Romantizm hemşirelikte 1920-1940 yılları arasında etkin olmuştur. Hemşireler bu dönemde giyimde, edebiyat ve resimde kadınca güdüler ile duygusal bir görünüşte yansıtılmıştır. Florence Nightingale’in Kırım Savaşı’ndaki başarılarından sonra “Lambalı Leydi” olarak anılması hemşirelikte romantizme olan önemi arttırmış ve hemşireler “koruyucu melekler” olarak görülmüştür. Bu akım birçok genç kadının hemşireliği tercih etmesini sağlamış, kadınların zerafeti, koruyucu eğilim ve istekleri gelecekteki hemşirelerin çok fazla özelliğinin belirlenmesine yardımcı olmuştur. Ayrıca bu dönemde hemşirelik bakımından daha çok hastalığa odaklanmıştır ve “Hemşire hekimin sağ koludur” görüşü hakim olmuştur (Bevis 1989; Babadağ 1995; Geyer ve ark. 2009; Şendir 2013).

Savaşlar tarih boyunca hemşire gereksinimine artış olduğunu göstermiş, II. Dünya Savaşı ile birlikte 1960’lı yıllara kadar devam edecek olan pragmatizm felsefesi ortaya çıkmıştır. Pragmatizm bir düşüncenin test edilebileceği objektif yollara işaret eder. Bu nedenle problemin saptanması, hipotezlerin belirlenmesi, verilerin toplanması ve analizi ile hipotezin test edilmesini gerektirir. Savaş zamanı yaşanan kayıplar hemşirelikte akut acil bakım gereksinimini ortaya çıkarmıştır. Bu dönemde uygulayıcı hemşirelere hasta bakımında, daha iyi eğitim görmüş hemşirelere ise yönetim ve eğitimde sorumluluk verilmiştir. Hem sağlık bakımı hem de hemşirelik eğitim programları hastalıklara göre planlanmış; birey, ailesi, gereksinimleri ve bütünlüğü dikkate alınmamıştır. Dönemin sonlarına doğru klinik alandaki gereksinimler, temel insan gereksinimlerine göre bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesini sağlamıştır. Bu dönüşüm hümanistik varoluşçuluğun sinyallerini vermiştir (Bevis 1989; Geyer ve ark. 2009; Şendir 2013).

1960'lı yıllarda hemşirelikte hümanistik varoluşçuluk önemli bir güç olmaya başlamıştır. Hümanizm insan, insani değerler, düşünceler ve insan varlığının önemi üzerinde durmaktadır. İnsanlara karşı hizmet etmenin ve bakım vermenin önemli olduğu değer sistemleri ile karakterizedir. Varoluşçuluk ise herşeyin merkezinde insan varlığını görür. Her insan özgür tercihleri ile eşsiz bir varlıktır. Gerçekliğin insan aklında var olduğunu kabul eden modern bir felsefi görüştür. Gerçek, holistik/ bütüncül bir varlık olan her bir birey için yegâneliktir/biricikliktir. Hemşirelikte geçerli hümanistik değerler hemşirelik bakımını sunan kişilerin görüşünü biçimlendirmiştir. Bakım verilecek birey, bütüncül yaklaşımla tüm boyutları, gereksinimleri, ailesi, diğer yakın ve geniş çevresi ile ele alınmıştır. Hemşirelikte; insana ve bütünlüğüne dönüş gerçekleşmiştir (Bevis 1989; Geyer ve ark. 2009; Şendir 2013).

Başlangıcından günümüze kadar eğitim ve uygulamaları, görev tanımları, meslek rol ve işlevleri açısından birçok değişiklik yaşayan hemşirelikte var oluşundan bu yana değişmeyen tek şey bakım verme hizmetidir. Hemşirelik uygulamalarının özü olarak bilinen bakım, hemşirelik eğitiminin, sağlık politikalarının ve hemşirelikte etik kodların odak noktasında yer alır (Austgard 2008; Öztunç 2013).

Hemşirelik mesleğinin diğer profesyonel disiplinler gibi temel amacı, hemşirelik mesleğinin uygulamalarında kullanılabilecek, kavram ve kuramlarla açıklanan bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Hemşireliğin bilimsel içeriğini açıklayan dört temel kavram; insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Bu temel kavramların kesişme noktası ise “bakım” dır. Bu nedenle, hemşirelik biliminin özünü ve hemşirelik mesleğinin bağımsız işlevini oluşturan “bakım” kavramının tanımlanması ve açıklanması önemlidir (Eskimez 2012; Velioğlu 2012).

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerinin üstlenilmesi ve sağlanması işi, bakış, görünüş anlamlarına gelmektedir (TDK 2015).

Bakımı mesleki bir yükümlülük olarak gören disiplin hemşireliktir. Hemşireliğin bakımı bir mesleki yükümlülük olarak üstlenmesi ile bakım daha özel bir nitelik kazanmaktadır. Özelleşmiş olan bu bakıma “hemşirelik bakımı” denmektedir (Baykara 2010).

Bakım kavramına ilişkin yaklaşık 40 yıldır yazılar yazılmakta olup, günümüzde hala kavramla ilgili belirsizlikler nedeniyle tanımlanmasının zor olduğu belirtilmektedir.

Hemşirelik mesleğinin çatısını oluşturan bakım kavramı hemşirelik literatüründe henüz tam anlamıyla açıklanamamıştır. Farklı hemşirelik kuramcılarına göre bakım kavramının anlamı değişebilmektedir. Bu nedenle farklı hemşire kuramcılarının bakım kavramına ilişkin tanımlarının irdelenmesi kavramın anlaşılmasına katkıda bulunacaktır (Altıok ve ark. 2011).

Florence Nightingale'in yaşadığı dönemlerde hasta bakımı, hemşirelik eğitiminden yoksun, fakir, bilgisiz, yetkisiz kişilerce yapılıyordu. Dini inançları ve Kırım Savaşı'nda kazandığı askeri hemşirelik deneyimi hasta bakımındaki yaklaşımını ve düşüncelerini çok etkilemiştir. Florence Nightingale'e göre bakımın amacı, çevre düzenlemesi ile sağlığın korunması ve hastanın iyileşme sürecine yardım etmektir (Eskimez 2012; Velioğlu 2012).

Henderson'un Hemşirelik Bakımı kuramı Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri kuramını temel almıştır. Kuramında 14 temel hemşirelik bakımı bileşenini ve hasta bakımının nasıl birey odaklı olması gerektiğini tanımlamıştır. Bireyin akıl ve beden sağlığını koruyan ve hastalıklara direncini artıran beslenme, dinlenme, egzersiz, eğlenme, uyku ve diğer tüm koşullara ilişkin yaşam alışkanlıkları, Henderson'un temel hemşirelik bakımındaki 14 bölüm içinde birleştirilmiştir. Henderson'a göre hemşirelik bakımı hasta ve hemşire arasındaki dinamik ilişkiye dayandırılarak, hastanın gereksinimleri bu bileşenlere göre değerlendirilmelidir. Hasta bakımını bu şekilde değerlendirmek hastaya bağımsızlık kazandıracaktır (Johansson ve ark. 2002; Elridge 2011; Velioğlu 2012).

Lyndia E. Hall'in hemşirelik teorisi birbiri ile sıkı ilişki içinde olan üç temel halkadan oluşur. Bunlardan biri de bakım halkasıdır. Bu kavram hemşireliğin bakıp büyütme özelliğini gösterir ve bu hemşireliğe özgüdür (Velioğlu 2012).

Orem bakımı, bireyin öz bakım uygulamalarını yerine getiremediğinde bu uygulamalarda bireye yardım etmesi, desteklemesi ve rehberlik etmesi olarak tanımlamaktadır (Velioğlu 2012).

Watson'a göre bakım, bireyin kendine ve başkalarına karşı duyduğu ilgi, iyilik ve sevgi gibi insani değerlere temellenmektedir. Bakım birey aile ve toplum ile zihinsel, bedensel ve ruhsal boyutlarda etkileşime geçerek hümanistik ve alturistik değerlerle yapılan kavramsal, bilimsel, felsefik ve etik olan profesyonel uygulamalardır (Falk Rafael 2000; Watson 2005).

Brilowski ve Wendler (2005), hemşirelikte bakım kavramının içeriğini değerlendikleri çalışmalarında bakım uygulamalarına temel katkıda bulunan ilişki, eylem, tutum, kabullenme ve değişken olmak üzere beş temel bileşeni ortaya koymuştur. Hemşirelik bakımının bu temel bileşenleri hemşirelikte güven ve sorumluluk duyguları ile başkalarına karşı olumlu yaklaşım geliştirilmesini, bireylerin fiziksel ve duygusal boyutlarının yanı sıra ruhsal boyutları ile kabullenilmesini ve bakımın kişiye göre değişebileceğini ortaya koyarak bakım uygulamalarının gerçekleştirmesine büyük katkı sağlar.

Bakım en az iki kişi ile başlayan ve gelişen dual bir ilişkidir. İçeriği, anlam ve değerleri zaman zaman değişen önemde ancak çok yakın kişilerle olan bu ilişki, fiziksel, ruhsal, akılsal, sosyal, manevi alma ve verme türünde başlıca iki eyleme dayanır. Hemşireler, bakımını üstlendikleri bireylerin bireyselliğine ve eşsizliğine saygı duyma sorumluluğundadır (Acaroğlu ve ark. 2007; Babadağ 2010).

2.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirilmiş bakım, sağlık bakım uygulamalarında uluslararası düzeyde ilgi ve etki görmektedir. Birçok ulusal ve uluslararası sağlık politikaları, bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına hasta merkezli bakımın kilit noktası olarak önem verir ve sağlık çalışanlarının bakımda holistik yaklaşım benimsemesini bekler (Charalambous ve ark. 2010; Suhonen ve ark. 2012b). Kaliteli bakımın sağlanması için oluşturulan hemşirelik modellerinde destekleyici bakımın üzerinde durulması bireyselliğin öneminin farkedilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bireyselleştirilmiş hasta bakımının kökeni Florence Nightingale'in hastalıktan çok bireye odaklanarak hemşireliği tıptan ayırdığı döneme kadar uzanmaktadır. Van Servelen (1988) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırdığı çalışmada bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kavramının hemşirelik literatüründe 1960'lı yılların başlarında ortaya çıktığını kaydetmiştir. Bu dönemde bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı kavramı hemşirelik literatüründe büyük ilgi görmüş, özellikle hemşirelik uygulamalarının önemli bir özelliği olarak gösterilerek politikalar ve kalite beyanları ile güvence altına alınması gereken bir hemşirelik bakımı olarak norm halini almıştır (Radwin ve Alster 2002; Lauver ve ark. 2002; Charalambous ve ark. 2012).

Hemşirelik literatüründe bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının üzerinde bir fikir birliğine varıldığı, evrensel bir tanımı olmamakla birlikte kavram bazen

“uyarlanmış”, “hasta merkezli”, “bireysel” ve “birey merkezli” bakım kavramları ile birlikte koordineli olarak kullanılmaktadır. Tüm bu kavramlar kendi bakımına bireyin katılımını sağlayarak ve bakımına ilişkin kararlarını destekleyerek kişisel özelliklerini, gereksinimlerini, tercihlerini, değerlerini, inançlarını, davranışlarını, duygularını, algılarını ve kavrayışlarını dikkate almayı gerektirir. Hemşirelik insan varlığını biyofizyolojik, sosyal ve ruhsal boyutları gibi birçok boyutunun yanı sıra eşsiz bir varlık olarak benimsediği bir felsefeye sahiptir (Lauver ve ark. 2002; Shonen ve ark. 2012a; 2012b; Charalambous 2012).

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının temelini oluşturan, insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğüne olan inancının uygulama alanına geçirilmesi olup, rutin ve görev odaklı bakım uygulamalarından tamamen farklıdır (Radwin ve Alster 2002; Acaroğlu ve Şendir 2012). Rutin olarak uygulanan hemşirelik bakımları bireylerin ve toplumun gereksinimlerinin benzer olduğunu kabul ederken, bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ise her bireyin bireysel gereksinimlerine vurgu yapmaktadır (Radwin ve Alster 2002). Van Servellen’e göre bireyselleştirilmiş bakım, her bireyin eşsiz özelliklerine göre uyarlanırken tüm standartlaşmış hemşirelik yöntemleri ve uygulamaları değişmektedir. Bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları hemşire-birey etkileşimi sonucunda gelişmektedir. Bu uygulamalar hemşire ve bireyin ilk karşılaşması sırasında saptanamaz ancak zamanla gelişir. Bu nedenle bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı birey ve hemşire etkileşimi sonucunda geliştirilen birçok hemşirelik uygulamasını içermektedir. Hemşirelik bakımını bireyselleştirilmiş olarak nitelendirebilmek için, hemşireler her bir birey için uygulamalarını uyarlamalı ve birey hemşire ile olan iletişimde bireyselliğini ifade etmeye gereksinim duymalıdır (Lauver ve ark. 2002; Suhonen ve ark. 2010b).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanması sağlık bakım ortamında etik gereklilikleri karşılamaktadır. Etik duyarlılık, hemşirelerin bilinçli olmasını ve hastalarının gereksinimlerini karşılayarak, bireyselleştirilmiş bakımı desteklemeleri için hastanın sözlü veya sözsüz verdiği ipuçlarını ve davranışlarını yorumlamasını gerektirir. Ahlaki sorunlar, çatışmalar ve etik iklimin yetersiz olması sağlık bakım ortamının düzenlenebilmesini ve etik karar verebilme durumunu olumsuz etkilediği gibi bakımda bireyselliğin sağlanmasını da engellemektedir (Charalambous 2010; Suhonen 2011b).

Hastane ve ünitelerin büyüklüğü gibi yapısal faktörlerin yanı sıra, hemşirelerin kıdemi, sayısı, otonomisi ve çalışma düzeni gibi faktörler de bakım uygulamalarında hasta sonuçlarını özellikle hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir (Mark ve ark. 2003; Frich 2003; Kane ve ark. 2007; Aiken ve ark. 2008; Suhonen ve ark. 2012b).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hasta birey açısından bakım memnuniyetini artırırken hemşireler açısından da çalışma memnuniyetini ve motivasyonunu artırır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar bunun en önemli göstergesidir (Lauver ve ark. 2002; Tellis-Nayak 2007; Acaroğlu ve ark. 2007; Wolf ve ark. 2008; Suhonen ve ark. 2011d; Suhonen ve ark. 2012b). Ayrıca bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hasta bakımının sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Radwin 2000; Lauver ve ark. 2002; Suhonen ve ark. 2008a; Wolf ve ark. 2008).

Bireyselleştirilmiş bakım, bakım uygulamaları sırasında her bireyin eşsiz bir kişi olarak tanımlanması ile karakterizedir (Chappel ve ark. 2007). Bu nedenle bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik uygulamaları sırasında hastaların bireyselliğinin nasıl desteklendiğini saptayarak ve bakım uygulamalarında bireyselliğin nasıl algılandığını inceleyerek birey ve hemşire açısından iki farklı bakış açısı ile değerlendirilmelidir (Suhonen ve ark. 2011b). Literatürde hemşirelerin ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır.

Lauver ve ark. (2002) bireyselleştirilmiş bakım kavramına açıklık getirerek, bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına ilişkin çalışmaları incelediklerinde hem sağlık bakım davranışları hem de kronik hastalıkları yönetme durumu ile ilişkili bireyin kişisel özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını etkilediği sonucuna varmışlardır.

Acaroğlu ve ark.nın (2007) bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ile hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada hastaların bireyselliği destekleyen hemşirelik uygulamalarının farkında oldukları, hasta bakımı uygulamaları bireysel olarak gerçekleştirildiğinde hasta memnuniyetinin arttığı ve bireyselleştirilmiş bakım ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında çok zayıf bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır.

Charalambous ve ark.nın (2010) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları ile mesleki çalışma ortamına ilişkin görüşlerini ve bu iki kavramın birbiri ile olan ilişkisini inceledikleri çalışmada hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları

çatışmaların, iş motivasyonlarının, denetim mekanizmalarının, liderlik ve otonominin ve kültürel duyarlılığın bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği saptanmıştır.

Suhonen ve ark.nın (2011a) ortopedi hastalarına bakım veren hemşirelerin uluslararası düzeyde bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırdıkları çalışmada ise genel olarak hemşirelerin bireyselliği destekledikleri ve uygulamalarını bireyin bireyselliği doğrultusunda gerçekleştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Suhonen ve ark.nın (2011b) uzun süreli bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bireysel özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hemşirelerin bireyselliği desteklediklerini düşündükleri ancak sundukları bakımda bireyselliği desteklemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ancak hemşirelerin yaşı ilerledikçe, sağlık bakım ortamında ve çalıştıkları üniteye deneyimleri arttıkça bireyselliği desteklemede olumlu bakış açısı geliştirdiği gözlenmiştir.

Suhonen ve ark.nın (2011c) uluslararası düzeyde hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdikleri çalışmada eğitim içeriklerinin, çalışma koşullarının, düşünce ve değerlerinin ülkeler arası farklılık göstermesi nedeniyle hemşireler arasında farklılıklar belirlenmiştir.

Berg ve ark.nın (2012) ortopedi hemşirelerinin ve hastalarının bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına ilişkin algılarını değerlendirdikleri çalışmada hemşireler ile hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları arasından önemli farklılıklar olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 60'ı, hastaların ise %86'sı bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını önemli bulduğunu ifade etmiş ve bu iki grubun değerlendirmeleri arasında farklılıklar saptanmıştır.

Idvall ve ark.nın (2012) hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirdikleri çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin bireysel özellikleri bireyselleştirilmiş bakım algılarını önemli derecede etkilemektedir.

Can'ın (2013) hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisini incelediği çalışmada hemşirelerin mesleki değerleri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının iyi olduğu, mesleki değerler algıları arttıkça bakım girişimlerinde hastanın bireysel özelliklerine daha fazla önem verdikleri saptanmıştır.

Bu çalışmalar doğrultusunda bakıldığında, bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelik disiplinde çok önemli bir yere sahip olduğu açıktır (Lauver ve ark. 2002). Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü planlanması ve uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımı ile olasıdır (Acaroğlu ve ark. 2007). Bu amacı yerine getirebilmek için temel unsurlardan biri ise bireyle amaçlı bir etkileşim planlamak ve sağlamaktır (Karadağ 2012). Bakım aynı yardım etme teriminde olduğu gibi en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bazı kuramcı hemşireler bakımı, bedensel, zihinsel, ruhsal, sosyokültürel boyutlarda iki insanın karşılıklı etkileşimi ile gelişen bilimsel, etik, estetik, profesyonel ancak bireyselleştirilmiş kişiler arası bir süreç olarak ifade ederler (Babadağ 2010). Hemşire temel sorumluluğu olan bakım işlevini hasta ya da sağlıklı bireylerle kurduğu kişiler arası ilişkiler yoluyla yerine getirmektedir (Karaca ve ark. 2013).

Bireyin gereksinimlerinin karşılanabilmesi için öncelikle bu gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının planlanması, bunun için de hemşirelerin bireyle etkili bir iletişim kurması gerekmektedir. Birey ve hemşire birbirlerinin kendine özgülüklerini algıladıklarında bu ilişki kurulmuş demektir (Karadağ 2012). Bireyi doğru bir şekilde anlayabilmesi ise hemşirenin empatik eğilim ve becerileri ile ilişkilidir (Karaca ve ark. 2013). Bu nedenle hemşirelerin bireye ulaşabilmesi ve bireyselleştirilmiş bakım verebilmesi için empatik bir tutumla yaklaşması önemlidir (Mete ve Gerçek 2005). Empati terapötik ilişkinin temel unsurlarından biri olup özellikle hasta bakım kalitesinde önemli bir yere sahiptir (Yu ve Kirk 2008).

Empati bakım eyleminde bireyin duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasında hemşirelere profesyonellik ve tarafsızlık sağlamaktadır (Chowdhry 2010). Hemşireler empatik bir tutum sergileyerek birey ile kurduğu ilişki sonucunda elde ettiği bilgileri dikkatli değerlendiklerinde bireyin gereksinimleri daha doğru saptayabilmekte ve hasta bakımında olumlu sonuçlar elde edebilmektedir (Mete ve Gerçek 2005).

Bakımı alan birey ise gereksinimine uygun bazen etken, bazen de edilgen ancak katılımının sağlanabilmesi ile bakım merkezini ve hedefini oluşturmaktadır (Babadağ 2010). Bireyin bakım kararlarına katılmasında ise empati önemli bir unsur olup

terapötik bakım ilişkisinde empati bireyin inançları, değerleri ve düşüncelerinin anlaşılmasını sağlamaktadır. Hemşirenin empatik tutumları sonucunda anlaşıldığını hisseden birey ise önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünüp, daha fazla duygu ve düşüncelerini ifade etmeyi ister. Böylece hemşirelerin bireye ulaşması kolaylaşır ve bireyselleştirilmiş bakım sağlanmış olur (Mete ve Gerçek 2005; Dizer ve İyigün 2009; Chowdhry 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak planlandı.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

1. Hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri nasıldır ve empatik eğilim düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
2. Hemşirelerin empatik beceri düzeyleri nasıldır ve empatik beceri düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hemşirelerin hasta bakımında bireyselliği destekleme durumu nedir ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında bir ilişki var mıdır?

Yukarıda sıralanan bu sorular doğrultusunda araştırmanın değişkenleri:

1. **Bağımsız Değişkenler:** Empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörler (bireysel özellikler ve mesleki özellikler)
2. **Bağımlı değişkenler:**
 - Empatik eğilim düzeyleri
 - Empatik beceri düzeyleri
 - Bireyselleştirilmiş bakım algıları olarak belirlendi.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 20 Eylül 2014 – 1 Şubat 2015 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Beyoğlu, Fatih, Bakırköy ve Çekmece Bölgeleri Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleştirildi. İstanbul ili Avrupa yakasında bu Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı 8 genel eğitim ve araştırma

hastanesi bulunmakta olup, bu hastanelerin erişkin dahili (dahiliye ve nöroloji) ve cerrahi (genel cerrahi, nöroşirürji ve ortopedi ve travmatoloji) yataklı servisleri ile erişkin yoğun bakım üniteleri çalışma kapsamına alındı (**Tablo 3.1**).

Tablo 3-1: İstanbul İli Avrupa Yakasında Yer Alan Kamu Hastaneler Birliği'ne Bağlı Genel Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Kamu Hastaneler Birliği	Genel Eğitim ve Araştırma Hastaneleri
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği	- İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği	- Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği	- Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği	- İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini;

İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Beyoğlu, Fatih, Bakırköy ve Çekmece Bölgeleri Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin dahili (dahiliye ve nöroloji) ve cerrahi birimlerine (genel cerrahi, nöroşirürji ve ortopedi ve travmatoloji) bağlı yataklı servisleri ile erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 830 hemşire oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmada evreni temsil edecek örneklem sayısı ise %95 güven düzeyine göre 0,05 hata payı ile 263 olarak hesaplandı. Araştırmada veri kaybı olabileceği düşünülerek örneklem sayısı %20 olarak artırılarak çalışmanın en az 316 hemşire ile gerçekleştirilmesi planlandı ve sonuç olarak çalışma 472 hemşire örneklem sayısı ile tamamlandı.

Araştırma örneklemine dâhil edilecek hemşireler, tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi. Bu çalışmada tabakalar, hemşirelerin bağlı bulundukları Kamu Hastaneler Birliğine göre oluşturuldu. Tabakalarda yer alan hemşire sayısına göre, her tabakadan örnekleme girecek hemşire sayısı belirlendi (**Tablo 3.2**).

Tablo 3-2: Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi ile Örnekleme Alınan Hemşire Sayıları

Tabaka No	Tabaka Adı (Hastane Sayısı)	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlıkları	Örnekleme Alınacak Hemşire Sayısı	Örnekleme Alınan Hemşire Sayısı
1	İstanbul Fatih Bölgesi (2)	228	$228 \div 830 = 0.27$	$0.27 \times 316 = 85$	132
2	İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi (3)	321	$321 \div 830 = 0.39$	$0.39 \times 316 = 123$	209
3	İstanbul İli Çekmece Bölgesi (1)	48	$48 \div 830 = 0.06$	$0.06 \times 316 = 19$	25
4	İstanbul İli Bakırköy Bölgesi (2)	233	$233 \div 830 = 0.28$	$0.28 \times 316 = 89$	106
Toplam	4 (8)	830	1.00	316	472

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Yapılandırılmış Soru Formu, Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ), Empatik Beceri Ölçeği B-Formu (EBÖ) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu (BBS-A-Hemşire) kullanıldı.

3.5.1. Yapılandırılmış Soru Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan soru formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu gibi hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin 5 soru, hemşirelik ve hemşirelik dışı katıldığı sertifikalı kurs/egitim programı, meslekte çalışma süresi, çalıştığı hastane, çalıştığı servis, servisteki görevi, servisteki çalışma süresi, kurumda çalışma şekli, nöbet sayısı, bir vardiya/mesaide bakımını üstlendiği hasta sayısı, mesleği isteyerek seçme durumu, çalıştığı ortamdan memnuniyet durumu gibi mesleki özelliklerine ilişkin 11 soru ile toplamda 16 soruya yer verildi (Can 2013; Cengiz 2008; Coşkun 2011; Köksal 2009; Manav 2008; Sütçü 2009; Ünal 2005).

3.5.2. Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) (EK2)

Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ), Dökmen (1988) tarafından kişilerin başka bireylerle empati kurabilme potansiyellerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. EEÖ, empatinin duygusal bileşenini ölçmektedir.

Empatik Eğilim Ölçeği 20 ifadeden oluşmakta ve her bir ifadeye 1'den 5'e kadar puan verilmektedir. Ölçekteki 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13 ve 15. ifadeler olumsuz eğilimi, diğer ifadeler ise olumlu eğilimi ifade edecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçekteki ifadelerden olumlu olan ifadeler doğrudan, olumsuz olanlar tersinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100 olup, puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin güvenirlilik ve geçerlilik çalışması Dökmen (1988) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, ölçek 70 kişiden oluşan üniversite öğrenci grubuna 3 hafta ara ile 2 defa uygulanmış ve iki uygulama arasında korelasyon katsayısı 0.82 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında ise, yine üniversite öğrencilerinden oluşan 24 kişilik bir gruba, Empatik Eğilim Ölçeği ve Edwards Kişisel

Tercih Envanteri'nin "Duyguları Anlama" alt ölçeği uygulanmış ve her iki uygulamadan aldıkları puanlar arasında korelasyon kat sayısı 0.68 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur. Edwards Kişisel Tercih Envanteri'nin "Duyguları Anlama" alt ölçeği ile, kişinin kendini başkalarının yerine koyma durumu ve onların duygularını anlama ihtiyacına ne ölçüde sahip oldukları değerlendirilmektedir (Dökmen 1988; 2014; Manav 2008). Tez çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.75 olarak saptanmıştır. Bu katsayı Seven'in (2010) çalışmasında 0.74, Cengiz'in (2008) çalışmasında ise 0.73'tür.

3.5.3. Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) (EK3)

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ), Dökmen (1988) tarafından Aşamalı Empati Sınıflaması'na dayandırılarak hazırlanmış bir ölçektir. Daha çok empatinin bilişsel bileşenini değerlendiren bu ölçek; insanların günlük yaşamda spontan olarak sergiledikleri empatik tepkileri belirlemek ve empati kurma becerisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek A ve B olmak üzere iki formdan oluşmaktadır. EBÖ-A ve EBÖ-B Formunda günlük yaşamla ilgili aynı altı ayrı problem yer almaktadır. EBÖ-A Formu'nda katılımcılara bu altı problem karşısında istedikleri empatik tepkiyi yazabilmeleri için açık uçlu sorular yöneltilmektedir. EBÖ-B Formu'nda ise değerlendirmeyi standart hale getirebilmek için katılımcılara bu altı ayrı problemin her biri için 12 tepki cümlesi, toplam olarak 72 tepki cümlesi yazılı halde sunulmaktadır. Araştırmaya katılanlardan her bir soruna yönelik olarak verilebilecek 12 tepki cümle arasından kendileri için en uygun olan dört tanesini seçmeleri istenmektedir (Her probleme ilişkin verilen 12 tepki cümlesinden biri o problemle ilgisiz olan kontrol cümlesidir ve katılımcıların ölçeği dikkatli okuyarak doldurup doldurmadıklarını saptamak için konulmuştur. Ölçeğin tümünde yer alan 6 kontrol cümlesinden sadece biri bile katılımcılar tarafından işaretlenmiş olursa ölçek iptal edilmektedir). Katılımcıların seçtikleri 24 tepkinin her birinin karşılığı olan puan, ölçeğin cevap anahtarına bakılarak verilmektedir. EBÖ'den alınabilecek en düşük puan 62, en yüksek puan 209'dur. Ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik çalışması Dökmen (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test tekrar test güvenirliği 0,91 bulunmuştur. Ölçekteki geçerlilik çalışmasında ise, iki grubun empatik beceri puanları ortalaması arasında 0,001 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Zıt gruplar üzerindeki bu sonuç

geçerlik kanıtı olarak kabul edilmiştir (Dökmen 1988; 2014 Tez çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,52 olarak saptanmıştır. Bu katsayı Sütçü'nün (2009) çalışmasında da bizim sonucumuza benzer şekilde 0.51 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu (BBS-A-Hemşire) (EK 4)

BBS-Hemşire versiyonu, Suhonen ve ark. (2010a) tarafından sağlık bakımı ortamında, bireyselleştirilmiş bakım hakkında hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek üzere 2007 yılında geliştirilmiş likert tipi bir skaladır. Skalanın Türk toplumuna uyarlanması Şendir ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır.

BBS-A-Hemşire ve BBS-B-Hemşire olmak üzere iki bölümden oluşan skalanın BBS-A-Hemşire bölümünde hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde destekledikleri, BBS-B-Hemşire bölümünde ise en son vardiyada bakım verdikleri bilinçli hastaların bireyselliğini ne ölçüde destekledikleri değerlendirilmektedir (Acaroğlu ve Şendir 2012).

Bu çalışmada 17 maddeden oluşan ve 5'li likert tipte bir skala olan BBS-A-Hemşire versiyonu kullanılmıştır. Skala 1=kesinlikle katılmıyorum; 2= kısmen katılmıyorum; 3=kararsızım; 4=kısmen katılıyorum; 5=tamamen katılıyorum şeklinde puanlandırılmaktadır. BBS-A-Hemşire versiyonunun içerdiği maddeler; Klinik Durum; A01-A07, Kişisel Yaşam Durumu; A08-A11 ve Karar Verme Kontrolü; A12-A17 olmak üzere 3 alt boyutta toplanmaktadır (Tablo 3.3). BBS-A-Hemşire versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek madde puan ortalamaları en az 1.0,en fazla 5.0'dir. Puanların yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini desteklemenin yüksek olduğunu gösterir. Türkçe skalanın (Acaroğlu ve Şendir 2012) Cronbach alfa katsayısı BBS-A-Hemşire için 0.77, Suhonen ve arkadaşlarının (2010a) çalışmasında 0.88 ve Can'ın (2013) çalışmasında 0.90 bulunmuştur. Tez çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır.

Tablo 3-3: BBS-A-Hemşire Versiyonu Maddeleri ve Alt Boyut Puanları

Alt Boyut	Madde No	Maddeler	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Klinik Durum	A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum.	7	35
	A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum.		
	A03	Hastalara kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm.		
	A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım.		
	A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum.		
	A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm.		
	A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum.		
Kişisel Yaşam Durumu	A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri).	4	20
	A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.		
	A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen).		
	A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım.		
Karar Verme Kontrolü	A12	Hastalara kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım.	6	30
	A13	Hastalara, hastalık /sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım.		
	A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim.		
	A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim.		
	A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm.		
	A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım.		
TOPLAM			17	85

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul ve ilgili kurumlardan yazılı izin alındı. Verilerin toplanacağı kurumlarda araştırmacı tarafından hemşireler ile birebir görüşme yapılarak araştırmanın amacı, süresi, yararları ve onlardan ne beklenildiği ile ilgili açıklamalar yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam alınan hemşirelerin hasta bakım işlevlerini kesintiye uğratmadan veri toplama formlarını incelemeleri için bir süre tanınarak ve yapılandırılmış soru formu ile ölçekler hakkındaki soruları alınarak, kendilerini araştırmaya katılmak zorunda hissetmemeleri için anketler zarf içinde hemşirelere bırakıldı, kararlaştırılan saatlerde ve günlerde ziyaretler yapılarak kapalı zarflarda geri toplandı.

3.7. Etik Konular

Öncelikle araştırma verilerinin toplanmasında kullanılacak Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Ölçekleri için Üstün Dökmen'den sözlü; Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A- Hemşire Versiyonu için Riitta Suhonen'den yazılı izin alındı (Ek-11).

İkinci olarak araştırmanın yürütülebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Fatih, Beyoğlu, Çekmece ve Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Genel Sekreterlikleri'nden yazılı izin (Ek-5-6-7-8) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek 9) alındı.

Araştırmanın örneklemini oluşturacak hemşirelere araştırmanın amacı, süresi, yararları, veri toplama gereçleri hakkında açıklama yapılmış ve kendilerinden **isteklilik** ve **gönüllülük** ilkesi kapsamında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş onam (Ek-10) alındı.

Araştırma süresince örneklem grubu olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilerek ve araştırma boyunca tüm hemşirelere tarafsız davranılarak **adalet** ilkesine saygı gösterildi.

Hemşireler araştırmaya katılmayı kabul etmediklerinde ya da araştırmaya devam ederken katılımlarını sonlandırdıklarında saygı gösterilerek **otonomi** ilkesine bağlı kalındı.

Araştırma aşamasında hemşirelerin vermiş oldukları tüm bilgiler gizli tutulup saklanarak ve kendilere bu bilgilerin araştırma kapsamı dışında farklı bir amaç için kullanılmayacağı bilgisi verilerek **gizlilik** ilkesine özen gösterildi.

Araştırma verileri hemşirelerin hasta bakım uygulamalarını aksatmayacak şekilde planlanıp toplanarak **zarar vermeme** ilkesine bağlı kalındı (Atar 2012; Köktürk 2013).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanıldı. Veriler gruplandırıldıktan ve kodlandıktan sonra veri tabanına girildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı, parametrik ve nonparametrik istatistiksel analizler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerde ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzdelik, minimum, maksimum değerleri hesaplandı. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınılandı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise varyansların homojenliği varsayımının sağlandığı değişkenler için One-way ANOVA ve Bonferroni post-hoc testi, varyansların homojenliği varsayımının reddedildiği değişkenler için ise Welch's ANOVA ve Games-Howell post-hoc testi; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkiler değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon ve Spearman's Korelasyon analizleri kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile incelendi. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Ulusal ve uluslararası literatürde hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturdu. Diğer taraftan araştırma örnekleminin tabakalı olarak belirlenmesi ve örneklemin büyüklüğü ile temsil yeterliliği de çalışmanın güçlü bir yönü olarak değerlendirildi

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın örneklem grubunu sadece İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Beyoğlu, Fatih, Bakırköy ve Çekmece Bölgeleri Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin oluşturması,
- Üniversite hastaneleri, diğer devlet hastaneleri ile özel dal hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin araştırma kapsamına alınamaması,
- Araştırma sonuçlarının bütün hemşirelere genellenememesi bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunuldu.

Çalışma bulguları;

- Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin empatik eğilim düzeylerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin empatik beceri düzeylerine ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin bulgular,
- Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri ile bireyselleştirilmiş bakım algılarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, olmak üzere 5 başlık altında ele alındı.

4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de görülmektedir.

Hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $28,32 \pm 5,82$ yıl, %49,4’ünün 26-35 yaş grubunda, %84,3’ünün kadın, %58,9’unun bekar, %27,3’ünün çocuk sahibi ve %60,4’ünün lisans mezunu olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4-1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=472)

Özellikler		n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$) 28,32 $\pm$ 5,82	≤ 25 Yaş	179	37,9
	26-35 Yaş	233	49,4
	≥ 36 Yaş	60	12,7
Cinsiyet	Kadın	398	84,3
	Erkek	74	15,7
Medeni Durumu	Bekar	278	58,9
	Evli	194	41,1
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	129	27,3
	Yok	343	72,7
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	78	16,5
	Önlisans	62	13,1
	Lisans	285	60,4
	Yüksek Lisans	46	9,7
	Doktora	1	0,2

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun (%37,1) meslekte 1 ile 5 yıl arası çalışma deneyimine sahip olduğu, %42,8'inin yoğun bakımlarda, tamamına yakın kısmının (%90,9) servis hemşiresi olarak ve %46,4'ünün bu birimlerde 1 ile 5 yıl arası süre ile çalıştığı belirlendi (Tablo 4.2).

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%83,1) vardiya değişimli çalıştığı, %62,1'inin bir ayda 6 ile 10 arası nöbet tuttuğu, %48,9'unun bir vardiyada 1 ile 10 arası hastanın bakım sorumluluğunu üstlendiği, %66'sının mesleği isteyerek seçtiği ve %47,2'sinin çalıştığı ortamdan kısmen memnun olduğu görüldü. Hemşirelerin %41,7'sinin bir sertifikalı kurs ya da eğitim programına katıldığı ve bu eğitim programlarının da çoğunlukla (%62,9) iletişim veya empati konuları ile ilişkili olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4-2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=472)

Özellikler		n	%
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	88	18,6
	1-5 Yıl	175	37,1
	6-10 Yıl	111	23,5
	11 Yıl ve Üzeri	98	20,8
Çalıştığı Birim	Dahili Birim	114	24,2
	Cerrahi Birim	156	33,1
	Yoğun Bakım	202	42,8
Çalıştığı Birimdeki Görevi	Sorumlu Hemşire	43	9,1
	Servis Hemşiresi	429	90,9
Çalıştığı Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	186	39,4
	1-5 Yıl	219	46,4
	6-10 Yıl	56	11,9
	11 Yıl ve Üzeri	11	2,3
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	62	13,1
	Sürekli Gece	18	3,8
	Vardiya Değişimli	392	83,1
Nöbet Sayısı	Nöbet Tutmuyor	40	8,5
	1-5 Nöbet	82	17,4
	6-10 Nöbet	293	62,1
	≥ 11 Nöbet	57	12,1
Bir Vardiyada Bakımını Üstlendiği Hasta Sayısı	1-10 Hasta	231	48,9
	11-20 Hasta	115	24,4
	21-30 Hasta	114	24,2
	≥ 31 Hasta	12	2,5
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	313	66,3
	Hayır	159	33,7
Çalışma Ortamı Memnuniyeti	Memnunum	170	36,0
	Kısmen Memnunum	223	47,2
	Memnun Değilim	79	16,7
Sertifikalı Kurs/Eğitim Programlarına Katılım	Evet	197	41,7
	Hayır	275	58,3

4.2. Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerine İlişkin Bulgular

Örnekleme grubunu oluşturan hemşirelerin empatik eğilim toplam puan ortalamaları Tablo 4.3’de gösterilmektedir.

Tablo 4-3: Hemşirelerin Empatik Eğilim (EEÖ) Toplam Puan Ortalamaları (N=472)

EEÖ	n	Min-Maks	Ort±SS	Medyan
Toplam EEÖ	472	42-98	71,26±8,81	71,00

Hemşirelerin EEÖ toplam puanları 42 ile 98 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması 71,26±8,81’idi (Tablo 4.3).

Tablo 4-4: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre EEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Bireysel Özellikler		n	EEÖ		p
			Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	
Yaş	≤ 25 Yaş	179	70,68±8,10	42-98 (71,00)	^a 0,506
	26-35 Yaş	233	71,68±9,71	46-98 (71,00)	
	≥ 36 Yaş	60	71,42±7,02	55-93 (72,00)	
Cinsiyet	Kadın	398	72,01±8,63	46-98 (72,00)	^a 0,001**
	Erkek	74	67,27±8,74	42-86 (67,00)	
Medeni Durum	Evli	194	71,37±9,21	46-98 (71,00)	^a 0,827
	Bekar	278	71,19±8,54	42-98 (71,50)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	129	72,65±9,51	46-98 (72,00)	^a 0,036*
	Yok	343	70,74±8,49	42-98 (71,00)	
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	78	69,77±8,91	46-97 (69,00)	^b 0,092
	Önlisans	62	69,87±8,85	42-94 (70,00)	
	Lisans	285	71,81±8,68	52-98 (72,00)	
	Yüksek Lisans	46	72,52±9,07	51-91 (73,50)	
	Doktora	1	60,00±0,00	60-60 (60,00)	

^aStudent-t Test^bKruskal Wallis Test

**p<0,01

*p<0,05

^aWelch’s ANOVA with Games-Howell post-hoc test(Homogeneity of variance assumption was violated)

Hemşirelerin yaş gruplarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.4).

Empatik Eğilim Ölçeği’nden alınan toplam puan ortalamaları hemşirelerin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında kadın hemşirelerin erkeklerden daha yüksek puan

aldığı ve aralarındaki bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görüldü ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.4).

Hemşirelerin medeni durumlarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Çocuk sahibi olan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p=0,036$; $p<0,05$) (Tablo 4.4).

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Öğrenim durumu doktora olan hemşireler yetersiz sayıda olduğundan bu karşılaştırmaya dâhil edilemedi (Tablo 4.4).

Tablo 4.5’de hemşirelerin mesleki özelliklerine göre EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,033$; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Test sonuçlarına göre de cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ölçek toplam puan ortalamasının, yoğun bakımda çalışılan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,040$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerine, çalışma sürelerine ve şekillerine, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımı üstlendikleri hasta sayılarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4-5: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre EEÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Mesleki Özellikler		EEÖ			p
		n	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	88	70,51±8,83	42-98 (72,00)	^c 0,496
	1-5 Yıl	175	70,89±8,52	46-91 (71,00)	
	6-10 Yıl	111	72,24±9,60	54-98 (71,00)	
	11 Yıl ve Üzeri	98	71,50±8,40	52-97 (71,00)	
Çalıştığı Birim	Dâhili Birim	114	71,88±7,95	53-98 (72,00)	^c 0,033*
	Cerrahi Birim	156	72,38±9,33	52-98 (72,00)	
	Yoğun Bakım	202	70,06±8,75	42-91 (70,00)	
Bulunduğu Birimdeki Görevi	Sorumlu Hemşire	43	72,37±8,35	52-89 (72,00)	^a 0,388
	Servis Hemşire	429	71,15±8,86	42-98 (71,00)	
Çalıştığı Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	186	70,66±8,31	42-98 (71,00)	^b 0,420
	1-5 Yıl	219	71,32±9,08	46-98 (71,00)	
	6-10 Yıl	56	72,50±9,86	52-97 (71,50)	
	11 Yıl ve Üzeri	11	74,00±4,80	66-81 (75,00)	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	62	71,85±8,95	42-89 (72,50)	^b 0,297
	Sürekli Gece	18	69,33±5,52	62-79 (69,00)	
	Vardiya Değişimli	392	71,26±8,92	46-98 (71,00)	
Nöbet Sayısı	Nöbet Tutmuyor	40	71,73±8,11	55-84 (71,50)	^c 0,346
	1-5 Nöbet	82	71,43±8,81	42-97 (71,00)	
	6-10 Nöbet	293	71,54±9,13	46-98 (72,00)	
	≥ 11 Nöbet	57	69,28±7,50	52-83 (69,00)	
Bir Vardiyada Bakımını Üstlendiği Hasta Sayısı	1-10 Hasta	231	70,51±8,99	42-91 (71,00)	^b 0,314
	11-20 Hasta	115	70,93±8,37	53-91 (71,00)	
	21-30 Hasta	114	73,01±8,86	53-98 (72,00)	
	≥ 31 Hasta	12	72,33±7,51	60-89 (72,00)	
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	313	72,45±8,76	42-98 (72,00)	^a 0,001**
	Hayır	159	68,93±8,47	46-91 (69,00)	
Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumu	Memnunum	170	73,20±13,00	42-98 (73,00)	^c 0,001**
	Kısmen Memnunum	223	70,75±8,09	52-93 (71,00)	
	Memnun Değilim	79	68,57±9,28	46-91 (68,00)	
Sertifikalı Kurs/Eğitim Programlarına Katılım	Evet	197	71,79±8,28	46-95 (72,00)	^a 0,272
	Hayır	275	70,89±9,17	42-98 (71,00)	

^aStudent-t Test

^bKruskal Wallis Test

**p<0,01

*p<0,05

^cOne-way ANOVA Test with Bonferroni post-hoc test

Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumuna göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Test sonuçlarına göre çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamasının, çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,017$, $p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Hemşirelerin sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma durumuna göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık saptanmadı ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

4.3. Hemşirelerin Empatik Beceri Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çalışma örnekleminde bulunan hemşirelerin empatik beceri düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 4.6’da sunulmaktadır.

Tablo 4-6: Hemşirelerin Empatik Beceri (EBÖ) Toplam Puan Ortalamaları (N=472)

Problemler	EBÖ		
	Min-Maks	Ort±SS	Medyan
Problem 1	12-37	24,73±4,97	25,00
Problem 2	11-37	24,62±5,77	24,00
Problem 3	9-35	19,64±5,54	19,00
Problem 4	10-35	22,08±5,21	22,00
Problem 5	12-38	24,43±5,90	24,00
Problem 6	10-37	23,47±5,87	23,00
Toplam	98-205	138,98±18,23	137,50

Hemşirelerin EBÖ toplam puanları 98 ile 205 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması 138,98±18,23’idi. Hemşirelerin en yüksek empatik beceri puanını 1.

Probleminden (24,73±4,97), en düşük empatik beceri puanını ise 3. Problem'den (19,64±5,54) aldıkları saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.7'de hemşirelerin bireysel özelliklerine göre EBÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları ve çocuk sahibi olma durumlarına göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4-7: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre EBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Bireysel Özellikler		EBÖ			p
		n	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	
Yaş	≤ 25 Yaş	179	140,91±21,15	99-189 (139)	^a 0,191
	26-35 Yaş	233	138,14±16,08	102-205 (137)	
	≥ 36 Yaş	60	136,47±16,34	98-176 (138,5)	
Cinsiyet	Kadın	398	138,18±18,16	98-205 (137,00)	^a 0,585
	Erkek	74	140,04±18,68	105-187 (139,50)	
Medeni Durum	Evli	194	137,88±15,94	99-205 (137,00)	^a 0,276
	Bekar	278	139,74±19,66	98-176 (138,00)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	129	136,88±16,07	98-176 (135,00)	^a 0,126
	Yok	343	139,76±18,94	99-205 (138,00)	
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	78	133,67±12,93	105-167 (133,50)	^a 0,001**
	Önlisans	62	135,61±17,42	101-172 (137,00)	
	Lisans	285	141,74±18,93	98-205 (139,00)	
	Yüksek Lisans	46	134,15±17,75	99-176 (131,00)	
	Doktora	1	194,00±0,00	194-194 (194,00)	

^aStudent-t Test

****p<0,01**

***p<0,05**

^aWelch's ANOVA with Games-Howell post-hoc test(Homogeneity of variance assumption was violated)

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell Test sonuçlarına göre; öğrenim durumu lisans olan hemşirelerin EBÖ toplam puan ortalamaları, öğrenim durumu sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$; $p=0,047$; $p<0,05$) (Tablo 4.7). Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Öğrenim durumu doktora olan hemşirelerin sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilmedi (Tablo 4.7).

Tablo 4-8: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre EBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Mesleki Özellikler		EBÖ			p
		n	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	88	143,05±20,41	106-185 (141,00)	^a 0,121
	1-5 Yıl	175	139,07±19,38	99-205 (137,00)	
	6-10 Yıl	111	137,19±16,03	102-194 (135,00)	
	11 Yıl ve Üzeri	98	137,18±15,92	98-176 (139,00)	
Çalıştığı Birim	Dahili Birim	114	138,55±18,47	103-185 (136,00)	^b 0,074
	Cerrahi Birim	156	141,80±19,05	102-205 (140,00)	
	Yoğun Bakım	202	137,03±17,23	98-195 (136,50)	
Çalıştığı Birimdeki Görevi	Sorumlu Hemşire	43	139,51±16,61	115-195 (135,00)	^a 0,840
	Servis Hemşire	429	138,92±18,40	98-205 (138,00)	
Çalıştığı Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	186	140,70±19,97	99-187 (139,00)	^b 0,493
	1-5 Yıl	219	138,34±17,41	102-205 (137,00)	
	6-10 Yıl	56	137,00±13,49	105-169 (136,50)	
	11 Yıl ve Üzeri	11	132,64±23,06	98-176 (141,00)	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	62	136,60±14,52	103-167 (134,00)	^b 0,121
	Sürekli Gece	18	132,17±14,51	112-168 (128,00)	
	Vardiya Değişimli	392	139,66±18,83	98-205 (139,00)	
Nöbet Sayısı	Nöbet Tutmuyor	40	134,40±14,45	103-163 (132)	^c 0,081
	1-5 Nöbet	82	140,84±15,80	111-187 (140)	
	6-10 Nöbet	293	139,85±19,12	98-205 (139)	
	≥ 11 Nöbet	57	135,04±18,50	103-195 (132)	
Bir Vardiyada Bakımını Üstlendiği Hasta Sayısı	1-10 Hasta	231	138,22±17,63	98-195 (137)	^b 0,161
	11-20 Hasta	115	138,86±17,54	103-194 (135)	
	21-30 Hasta	114	139,59±20,33	102-205 (139)	
	≥ 30 Hasta	12	148,83±13,13	127-172 (139)	
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	313	139,37±16,72	102-195 (138,00)	^a 0,538
	Hayır	159	138,20±20,93	98-205 (136,00)	
Çalışma Ortamından Memnuniyeti	Memnunum	170	141,20±18,58	105-194 (138,50)	^c 0,099
	Kısmen Memnunum	223	138,24±18,15	98-205 (137,00)	
	Memnun Değilim	79	136,28±17,36	102-185 (135,00)	
Sertifikalı Kurs/Eğitim Programlarına Katılım	Evet	197	138,75±118,21	98-205 (138,00)	^a 0,820
	Hayır	275	139,13±18,27	102-195 (137,00)	

^aStudent-t Test

^bKruskal Wallis Test

^cOne-way ANOVA Test with Bonferroni post-hoc test

*p<0,05 **p<0,01

Hemşirelerin, meslekte çalışma süreleri, çalıştıkları birimler, görevleri, birimdeki çalışma süreleri ve şekillerine göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.8).

Hemşirelerin nöbet sayılarına göre EBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,081$; $p>0,05$); 1 ile 5 arası nöbet tutan hemşirelerin EBÖ toplam puan ortalamaları dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.8).

Hemşirelerin bir vardiyada bakımlarını üstlendikleri hasta sayıları, mesleği isteyerek seçme, çalışma ortamından memnun olma ve sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma durumlarına göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

4.4. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediğini değerlendiren BBS-A-Hemşire Skalası ve alt boyutları toplam madde puan ortalamaları Tablo 4.9’da gösterilmektedir.

Tablo 4-9: Hemşirelerin BBS-A-Hemşire ve Alt Boyutları Toplam Madde Puan Ortalamaları (N=472)

BBS-A-Hemşire ve Alt Boyutları	BBS-A-Hemşire	
	Min-Maks	Ort±SS
Klinik Durum	1,30-5,00	4,03±0,74
Kişisel Yaşam Durumu	1,00-5,00	3,28±1,01
Karar Verme Kontrolü	1,00-5,00	3,88±0,82
Genel Toplam	1,30-5,00	3,80±0,72

Hemşirelerin BBS-A Hemşire toplam madde puan ortalaması 3,80±0,72’idi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası’nın (A- Hemşire) alt boyutları madde puan ortalamaları en yüksek puandan en düşüğe doğru; Klinik Durum 4,03±0,74, Karar Verme Kontrolü 3,88±0,82 ve Kişisel Yaşam Durumu 3,28 ±1,01 olarak belirlendi (Tablo 4.9).

Tablo 4.10’da çalışma örneklemindeki hemşirelerin bireysel özelliklerine göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları incelendiğinde; yaş gruplarına göre

BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,015$; $p<0,05$). Yaş grupları arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell test sonuçlarına göre; 36 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamalarının, 26-35 yaş grubu hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0,015$; $p<0,05$)(Tablo 4.10).

Tablo 4-10: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A-Hemşire Toplam Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Bireysel Özellikler		BBS-A-Hemşire			p
		n	Ort±SS	Min-Maks	
Yaş	≤ 25 Yaş	179	3,83±0,66	1,35-5,00	^g 0,015*
	26-35 Yaş	233	3,73±0,79	1,29-5,00	
	≥ 36 Yaş	60	4,01±0,61	1,94-5,00	
Cinsiyet	Kadın	398	3,82±0,71	1,29-5,00	^a 0,402
	Erkek	74	3,74±0,78	1,29-5,00	
Medeni Durum	Evli	194	3,77±0,73	1,29-5,00	^a 0,212
	Bekar	278	3,85±0,72	1,29-5,00	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	129	3,97±0,68	1,94-5,00	^e 0,004**
	Yok	343	3,74±0,73	1,29-5,00	
Öğrenim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	78	3,86±0,75	1,29-5,00	^c 0,710
	Önlisans	62	3,85±0,77	1,35-5,00	
	Lisans	285	3,80±0,71	1,29-5,00	
	Yüksek Lisans	46	3,71±0,73	1,94-5,00	
	Doktora	1	3,18±0,00	3,18-3,18	

^aStudent-t Test

^cOne-way ANOVA Test with Bonferroni post-hoc test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

^eMann Whitney U Test

^gWelch's ANOVA with Games-Howell post-hoc test(Homogeneity of variance assumption was violated)

Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumlarına göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$)(Tablo 4.10). Öğrenim durumu doktora olan hemşireler kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilmedi (Tablo 4.10). Çocuk sahibi olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 4.10).

Tablo 4-11: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre BBS-A-Hemşire Toplam Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=472)

Mesleki Özellikler		BBS-A-Hemşire			
		n	Ort±SS	Min-Maks	p
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	88	3,70±0,72	1,35-5,00	^c 0,160
	1-5 Yıl	175	3,77±0,70	1,35-5,00	
	6-10 Yıl	111	3,86±0,76	1,29-5,00	
	11 Yıl ve Üzeri	98	3,91±0,72	1,94-5,00	
Çalıştığı Birim	Dahili Birim	114	3,81±0,69	1,35-5,00	^c 0,957
	Cerrahi Birim	156	3,81±0,68	1,94-5,00	
	Yoğun Bakım	202	3,79±0,78	1,29-5,00	
Bulunduğu Birimdeki Görevi	Sorumlu Hemşire	43	4,00±0,54	2,71-5,00	^a 0,019*
	Servis Hemşire	429	3,79±0,74	1,29-5,00	
Çalıştığı Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	186	3,76±0,66	1,35-5,00	^b 0,115
	1-5 yıl	219	3,80±0,74	1,29-5,00	
	6-10 yıl	56	3,92±0,86	1,29-5,00	
	11 Yıl ve Üzeri	11	4,03±0,81	1,94-4,88	
Nöbet Sayısı	Nöbet Tutmuyor	40	3,86±0,60	2,18-5,00	^c 0,592
	1-5 Nöbet	82	3,88±0,68	1,94-5,00	
	6-10 Nöbet	293	3,79±0,74	1,29-5,00	
	≥ 11 Nöbet	57	3,72±0,79	1,94-5,00	
Bir Vardiyada Bakımını Üstlendiği Hasta Sayısı	1-10 Hasta	231	3,82±0,76	1,29-5,00	^b 0,537
	11-20 Hasta	115	3,73±0,67	2,18-5,00	
	21-30 Hasta	114	3,84±0,71	1,35-5,00	
	≥ 31 Hasta	121	3,89±0,55	2,88-5,00	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	62	3,91±0,59	2,18-5,00	^b 0,370
	Sürekli Gece	18	3,53±1,01	1,35-5,00	
	Vardiya Değişimli	392	3,80±0,73	1,29-5,00	
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	313	3,86±0,73	1,35-5,00	^a 0,033*
	Hayır	159	3,71±0,70	1,29-5,00	
Çalışma Ortamından Memnuniyeti	Memnunum	170	3,95±0,68	1,35-5,00	^c 0,001**
	Kısmen Memnunum	223	3,76±0,74	1,29-5,00	
	Memnun Değilim	79	3,62±0,70	2,24-5,00	
Sertifikalı Kurs/Eğitim Programlarına Katılım	Evet	197	3,85±0,72	1,35-5,00	^a 0,262
	Hayır	275	3,77±0,73	1,29-5,00	

^aStudent-t Test

^bKruskal Wallis Tes

^cOne Way Anova Test with Bonferroni post-hoc test

*p<0,05

**p<0,01

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve çalıştıkları birimlere göre BBS-A-Hemşire Ölçeği madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.11).

Hemşirelerin bulundukları birimdeki görevlerine göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$); sorumlu hemşirelerin BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları, servis hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 4.11).

Hemşirelerin birimdeki çalışma süresi, çalışma şekli, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımın üstlendikleri hasta sayılarına göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, isteyerek tercih etmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,033$; $p<0,05$) (Tablo 4.11).

Çalışma ortamından memnun olma durumuna göre hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamalarının, çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p=0,001$; $p=0,013$; $p<0,05$). (Tablo 4.11).

Hemşirelerin sertifikalı kurs ya da eğitim programlarına katılma durumuna göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

4.5. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi açıklayan bulgular Tablo 4.12’te gösterilmektedir.

Tablo 4-12: Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ile BBS-A-Hemşire Arasındaki İlişki

E.E.Ö ve E.B.Ö	BBS-A Alt Boyutları						BBS-A	
	Klinik Durum		Kişisel Yaşam		Karar verme			
	^d r	p	^f r	p	^d r	p	^f r	p
E.E.Ö	0,270	0,001**	0,284	0,001**	0,264	0,001**	0,309	0,001**
E.B.Ö	0,021	0,650	-0,058	0,389	-0,064	0,165	-0,038	0,416
^d r: Spearman korelasyon katsayısı ^f r: Pearson korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01								

^dr: Spearman korelasyon katsayısı^fr: Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

Hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “Klinik Durum” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,270$; $p<0,01$) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “Kişisel Yaşam” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olması istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi ($r=0,284$; $p<0,01$) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “Karar Verme Kontrolü” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,264$; $p<0,01$) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “Karar Verme Kontrolü” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi ($r=0,309$; $p<0,01$) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin BBS-A-Hemşire “Klinik Durum”, “Kişisel Yaşam”, “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları ve toplam madde puan ortalamaları ile EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğinin temel çatısını oluşturan hemşirelik bakımında, bilim kadar insani ilişkiler de önemlidir (Babadağ 2010). Bu doğrultuda hemşireler, hasta bakımı sırasında bilgi verme, yanlış anlamaları düzeltme, bakım planlarının geliştirilmesine yardım etme ve eğitim ile iyilik halini kolaylaştırmada iletişim becerilerini kullanır. Birey ile profesyonel ilişkilerin kurulmasında anahtar öğelerden biri olan empati ise, hasta bireyin duygu ve düşüncelerinin farkına varılmasını sağlamaktadır (Perry ve Potter 2011). Empatik eğilim ve beceriler, hemşirelerin bireyleri tarafsız olarak anlamasını sağlayan temel unsurlar olup, hasta bakımında bireysel özellikleri de dikkate alınarak olumlu sonuçların elde edilmesinde önemli rol oynamaktadır. Empatik tutumlar sonucunda bireyin, hemşireler tarafından önemsenildiğini ve kendisine değer verildiğini düşünmesi ile daha fazla bilgi paylaşımına geçmesi, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım planlanmasını kolaylaştıracaktır. Çünkü anlaşılabilirlik, önemsenmek ve kendisine değer verildiğini bilmek temel insan gereksinimlerinden biridir (Mete ve Gerçek 2005). Bu nedenle hemşireliğin bilimsel ve sanatsal yönünü besleyen bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için bir sağlık disiplini ve birey olarak hemşirelerin empatik eğilimlerinin farkında olması ile empatik becerilerini mesleki eğitim ve uygulamalar doğrultusunda geliştirmesi önemlidir (Dizer ve İyigün 2009; Babadağ 2010).

Bu bölümde hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda dört başlık altında tartışılmaktadır:

- 5.1. Hemşirelerin empatik eğilim düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.2. Hemşirelerin empatik beceri düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.3. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin bulguların tartışılması,
- 5.4. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması.

5.1. Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin yaş ortalamasının $28,32 \pm 5,82$ yıl, %49,4'ünün 26-35 yaş grubunda %84,3'ünün kadın, %58,9'unun bekar, %27,3'ünün çocuk sahibi ve %60,4'ünün lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Meslekte 1 ile 5 yıl arası çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin %42,8'inin yoğun bakımlarda, tamamına yakın kısmının (%90,9) servis hemşiresi olarak ve %46,4'ünün de bu birimlerde 1 ile 5 yıl arası süre ile çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Çalışma kapsamındaki hemşirelerin kişisel ve mesleki profilini yansıtan bu özelliklerin, örneklemini hemşireler olan diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (Cengiz 2008; Coşkun 2011; Tunç ve ark. 2014).

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin **empatik eğilim düzeyleri** incelendiğinde; EEÖ toplam puan ortalamasının $71,26 \pm 8,81$ olduğu (Tablo 4.3) ve bu sonucun ülkemizde hemşirelerin empatik eğilim düzeylerini inceleyen diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdiği (Cengiz 2008; Köksal 2009; Dizer ve İyigün 2009; Tunç ve ark. 2014) saptanmıştır. Cengiz'in (2008) hemşirelerin hasta birey ile olan iletişimde etkili olan empatik eğilim, iş doyumu ve bunlara etki eden faktörlerin ilişkisini belirlemek amacıyla planladığı empatik eğilim ve iş doyumu ile ilişkisi konulu tez çalışmasında dahili birimler (%25,48), cerrahi birimler (%27,38) ile yoğun bakım ünitelerinde (%47,14) çalışan ve araştırma örneklemini profilimize benzer özellikler gösteren hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması $79,79 \pm 6,74$ bulunmuştur. Köksal'ın (2009) hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi konulu tez çalışmasında da çoğunluğunun servis hemşiresi (%94,4) olarak çalıştığı hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalaması $69,95 \pm 7,89$ olarak belirlenmiştir. Dizer ve İyigün'ün (2009) araştırma örnekleminimize benzerliği olan bir grupta gerçekleştirdiği yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler konulu çalışmalarında da EEÖ toplam puan ortalaması $70,5 \pm 8,6$ olarak saptanmıştır. Tunç ve ark.'nın (2014) yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi konulu çalışmasında da hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ($69,25 \pm 8,32$) araştırma bulgumuza benzerlik göstermektedir. Yukarıda sıralanan literatürün örneklem özellikleri araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin özellikleri ile de uyumlu olup sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Diğer taraftan Tekmen'in (2010) hekim ve hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi ($62,42 \pm 10,01$) ve Seven'in (2010) yönetici hemşirelerin empatik eğilimlerinin servis hemşireleri tarafından algılanması ($60,52 \pm 4,48$) konulu çalışmalarında hemşirelerin empatik eğilim toplam puan ortalamaları bu çalışma bulgumuzdan farklı olarak düşük bulunmuştur.

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin **bireysel özelliklerine göre empatik eğilim düzeyleri** değerlendirildiğinde; hemşirelerin **yaş gruplarına** göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.4). Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin yaş gruplarına göre empatik eğilim düzeyleri arasında bir farklılık olmamakla birlikte 26 ile 35 yaş arasında yer alan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, hemşirelerin çalışmaya başladıkları ilk yıllarda hasta ile olan iletişimlerinde tecrübe sahibi olmamaları, yaşlarının artması ile birlikte olumsuz çalışma koşullarına verdikleri tepkilerin ve duygusal tükenmişlik düzeylerinin artması sonucunda hasta ile olan iletişim sürelerini kısıtlamaları ile ilişkilendirilebilir (Ünal 2005; Tunç 2014).

Hemşirelerin **cinsiyetlerine** göre **empatik eğilim düzeyleri** karşılaştırıldığında, kadın hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,001$; $p < 0,01$) (Tablo 4.4). Çalışmanın bu sonucu, hemşirelerin cinsiyetlerine göre empatik eğilim düzeylerinin karşılaştırıldığı farklı araştırmaların ile benzerlik göstermiştir (Çiçek 2006; Seven 2010). Bu araştırma bulgusunun kadın hemşirelerin erkek meslektaşlarına göre hasta birey ile olan iletişimde daha fazla duygusal emek ve tepki vermelerinin bir sonucu olduğu düşünülebilir. Literatürde empatik eğilim düzeylerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceği vurgulanmaktadır. Bu farklılığın kadın ve erkek cinsiyetlerine özgü yetiştiriliş biçimi, kadınların duygularını uygun biçimde ifade etmesi, başkalarına anlayışlı olması vb. kadın rolü ile ilgili beklentilerden; erkeklerin olumsuz duygularını belirtilmesinin hoş karşılanmaması, güçsüzlük olarak değerlendirilmesinden kaynaklı olabileceği belirtilmektedir (Karakaya 2001; Ekinci 2009; Tekmen 2010).

Hemşirelerin **medeni durumlarına** göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.4). Manav (2008), hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerilerini değerlendirdiği çalışmasında bu

sonuçla benzer olarak medeni durumun empatik eğilimi etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise benzer şekilde hemşirelerin medeni durumlarına göre empatik eğilimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Öz 1992; Çiçek 2006; Cengiz 2008; Dizer ve İyigün 2009)

Çocuk sahibi olan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,036$; $p<0,05$) (Tablo 4.4). Bu sonuçlar, hemşirelerin çocuk sahibi olmalarına bağlı olarak çocukları ile yaşadıkları duygusal bağların hemşirelerin empatik eğilimlerini güçlendirmesi ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin **öğrenim durumlarına** göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4). Ancak lisans ($71,81\pm 8,68$) ve yüksek lisans ($72,52\pm 9,07$) mezunu hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre biraz daha yüksek bulunmuştur. Doktora eğitimi olan bir hemşirenin diğerlerine göre daha düşük düzeyli olan empatik eğilimi bu gruptaki örneklem sayısının yetersizliğinden dolayı dikkate değer bulunmamıştır. Bazı araştırmalar hemşirelerin öğrenim durumunun empati eğilimini etkilemediğini, ama empatik beceriyi etkilediğini göstermiştir (Tunç ve ark. 2014).

Örneklem kapsamındaki hemşirelerin **mesleki özellikleri ile empatik eğilim düzeyleri** karşılaştırıldığında; **meslekte çalışma sürelerine** göre hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Bu sonuç hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre empatik eğilim düzeylerini inceleyen çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermiştir (Manav 2008; Cengiz 2008; Dizer ve İyigün 2009).

Hemşirelerin **çalıştıkları birimlere** göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken ($p=0,033$; $p<0,05$); cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamalarının, yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,040$; $p<0,05$) (Tablo 4.5). Araştırma bulgularımız ile benzer şekilde, Cengiz'in (2008) hemşirelerde empatik eğilim ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında da genel cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin dahili ve yoğun bakım

birimlerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Tunç ve ark.'nın (2014) yoğun bakım hemşirelerinin yataklı hasta servis hemşirelerinden daha yüksek empatik eğilime sahip olabileceğini öngördüğü çalışmasında da iki grup arasında bir farklılık bulunamamıştır. Bu durum araştırmacılar tarafından yoğun bakımda iş yükünün artışına bağlı olarak hemşirelerin rutin işlere daha çok zaman ayırması ile hasta merkezli bütüncül yaklaşımdan uzaklaşarak hasta bireye daha düşük empatik eğilim göstermelerinin beklenen bir durum olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bu durumun aksine Manav (2008) ve Seven'in (2010) çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre empatik eğilim düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları **birimdeki görevine, çalışma sürelerine ve şekillerine, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımını üstlendikleri hasta sayılarına** göre empatik eğilim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Çalışmanın bu değişkenlerine ilişkin bulguları ülkemizde hemşirelerin empatik eğilim düzeylerini inceleyen diğer araştırmaların sonuçları ile benzerlik göstermiştir (Sevimligül 2002; Manav 2008; Cengiz 2008).

Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.5). Çiçek (2006) ile Tunç ve ark.'nın (2014) çalışmalarında da araştırma sonuçlarımızı destekler şekilde mesleği isteyerek seçen hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda mesleği isteyerek seçmenin empatik eğilimi olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir. Empatik eğilimi yüksek olan bireylerin hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olmalarının nedeni olarak bu bireylerin altüstistik değerlerinin yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Hemşirelerin **çalışma ortamından memnun olma** durumuna göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamaları, çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,017$; $p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.6). Tekmen (2010) benzer şekilde, hekim ve hemşirelerin empatik

eğilim düzeyleri ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmasında çalışma ortamından memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerin empatik eğilim düzeylerini memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde; hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyet durumları artıkça olumlu kişiler arası ilişkiler geliştirerek yüksek empatik eğilimlere sahip olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Ancak ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalar arasında bu durumun aksine çalışma ortamından memnun olma durumuna göre empatik eğilim puanları arasında anlamlı fark bulunmadığını gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (Manav 2008; Dizer ve İyigün 2009).

Hemşirelerin **sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma durumuna** göre empatik eğilim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Bu durum Öz'ün (1992) hemşirelere 10 hafta içinde toplamda 20 saat empati eğitimi verdiği çalışmanın sonucunda hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin değişmemesi ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar empatik eğilimin eğitimle değişmeyeceği ve bir kişilik özelliği olduğu sonucu şeklinde yorumlanabilir (Dizer ve İyigün 2009).

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 1. sorusunda yer alan hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.2. Hemşirelerin Empatik Beceri Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma örnekleminde bulunan hemşirelerin empatik beceri düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde; **EBÖ** toplam puanlarının 98 ile 205 arasında değiştiği ve toplam puan ortalamasının $138,98 \pm 18,23$ olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin en yüksek empatik beceri puanını 1. Problemden ($24,73 \pm 4,97$), en düşük empatik beceri puanını ise 3. Problem'den ($19,64 \pm 5,54$) aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.7). Çalışmanın bu sonucu Uygun'un (2006) psikiyatri hemşirelerinin empatik beceri düzeylerini incelediği çalışmada en yüksek puanı 1. Problem'den ($26,30 \pm 5,78$), en düşük puanı 3. Problemden ($18,82 \pm 6,60$) alması ile benzerlik göstermiştir. Bu durum 1. Problemin kadınların ev ortamında yaşadığı sorunları dile getirmesine bağlı olarak örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadınlardan (%84,3) oluşması ve çalışma ortamında

yoğun çalışma temposuna sahip olmalarına bağlı olarak ev işlerini tek başına yürütmekte güçlük çekmelerinin bir sonucu olarak düşünülebilir.

Örnekleme kapsamındaki **hemşirelerin bireysel özelliklerine göre empatik beceri düzeyleri** incelendiğinde; **yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk sahibi** olmalarına göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7). Hemşirelerin **yaş gruplarına** göre EBÖ puanları arasında anlamlı farkların olmaması literatürde yer alan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermiştir (Sevimligül 2002; Uygun 2006; Manav 2008; Coşkun 2011; Kaya 2011). Hemşirelerin **cinsiyetlerine göre** empatik beceri düzeylerinin farklılık göstermemesi Sütçü'nün (2009) hemşirelerin empatik becerilerini ve etkileyen faktörleri değerlendirdiği araştırma sonuçları ile desteklenirken; Coşkun'un (2011) iç hastalıkları ve cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin empatik beceri düzeylerini değerlendirdiği araştırma bulguları ile farklılık göstermiştir. Bu çalışmada kadın hemşirelerin empatik becerileri erkek hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin **medeni durumlarına** göre empatik eğilimlerinin farklılık göstermemesi Sütçü'nün (2009) araştırması ile farklılık gösterirken; Manav'ın (2008) ve Kaya'nın (2011) çalışma sonuçları ile desteklenmiştir. Hemşirelerin **çocuk sahibi olma** durumlarına göre ise empatik beceri düzeylerinin farklılık göstermemesi Manav'ın (2008) ve Sütçü'nün (2009) çalışmalarının sonuçlarına göre farklılık göstermiştir. Manav'ın (2008) ve Sütçü'nün (2009) araştırmalarında çocuğu olmayan hemşirelerin empatik beceri düzeyleri çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Hemşirelerin **öğrenim durumlarına** göre empatik beceri düzeyleri değerlendirildiğinde; lisans mezunu hemşirelerin EBÖ toplam puan ortalamaları, öğrenim durumu sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,047$; $p<0,05$) (Tablo 4.7). Lisans mezunu hemşirelerin empatik beceri düzeylerinin yüksek bulunması lisans eğitimi boyunca hemşirelerin empatik becerilerini geliştirecek eğitim almalarına önem verilmesi ile ilişkilendirilebilir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin empatik beceri puanlarının lisans mezunu hemşirelere göre daha düşük bulunmasının sebebi olarak sayılarının az olması düşünülebilir. Mete ve Gerçek'in (2005), Probleme Dayalı Öğretim (PDÖ) yönetimiyle empatik eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerini

değerlendirdiği çalışmaların sonuçlarına göre hemşirelerin lisans eğitimi boyunca birinci sınıftan itibaren empatik becerilerinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin, **meslekte çalışma süreleri, çalıştıkları birimler, görevleri, birimdeki çalışma süreleri ve şekillerine** göre empatik beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Coşkun'un (2011) cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin empatik beceri düzeylerini değerlendiren çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları servise ve serviste bulundukları görevlerine göre empatik beceri düzeyleri farklılık gösterirken, meslekte çalışma sürelerinin ve şekillerinin empatik beceri düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Manav'ın (2008) çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları servise, servisteki görevlerine, çalışma sürelerine ve çalışma şekillerine göre empatik beceri düzeylerinin farklılık göstermediği ancak meslekte çalışma sürelerinin empatik beceri düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonuçlarımızdan farklılık gösteren bu araştırma bulgularının farklı birimlerde çalışan hemşirelerden oluşan örneklemelerden kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin **nöbet sayılarına** göre EBÖ ile değerlendirilen empatik beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,081$; $p>0,05$); 1 ile 5 arası nöbet tutan hemşirelerin EBÖ toplam puan ortalamalarının dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu durum yoğun iş temposuna sahip hemşirelerin nöbet sayılarının azalması ile empatik beceri düzeylerinin artabileceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin **bakımlarını üstlendikleri hasta sayılarına** göre empatik beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9). Literatürde bu sonucu destekleyen araştırma bulgusuna ulaşılamamakla birlikte hemşirelerin bakımını üstlendiği hasta sayısının empatik beceri düzeylerini etkilemediğini düşünülebilir.

Örneklem kapsamındaki hemşirelerin **mesleği isteyerek seçme ve çalışma ortamından memnun olma** durumlarına göre EBÖ değerlendirilen empatik beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Bu konuda yapılan araştırma sonuçları ile de uyumlu olan bu sonuçlar hemşirelerin mesleği isteyerek seçmelerinin ve çalışma ortamından memnuniyet duymalarının

empatik beceri düzeylerini etkilemediğini göstermektedir (Manav 2008; Sütçü 2009; Kaya 2011; Duman ve Acaroğlu 2014).

Hemşirelerin **sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma** durumuna göre empatik beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Bu araştırma sonucumuzdan farklı olarak Manav (2008) ve Coşkun (2011) çalışmalarında hemşirelerin empati konusunda eğitim almalarının empatik beceri düzeylerini etkilediğini saptamışlardır. Yine Öz'ün (1992) çalışmasında da hemşirelere verilen empati eğitimi sonucunda hemşirelerin empatik beceri düzeylerinde yükselme olması araştırma sonuçlarımız ile farklılık göstermiştir. Bu durum örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin temel hemşirelik eğitimlerinin yanı sıra mezuniyet sonrası aldıkları eğitimlerde de empatik becerinin gelişmesini destekleyen konulara yeterince yer verilmediğini düşündürmektedir.

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 2. sorusunda yer alan hemşirelerin empatik beceri düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediğini değerlendiren **BBS-A-Hemşire** madde puan ortalaması $3,80\pm0,72$ olarak saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası'nın (A- Hemşire) alt boyutları madde puan ortalamaları en yüksek puandan en düşüğe doğru sıralandığında; **Klinik Durum** $4,03\pm0,74$, **Karar Verme Kontrolü** $3,88\pm0,82$ ve **Kişisel Yaşam Durumu** $3,28 \pm 1,01$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Bu sonuç Can'ın (2013) hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisini incelediği çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Can'ın (2013) araştırmasında da BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalaması $3,88\pm0,72$; alt boyutları madde puan ortalamalarında da Klinik Durum $4,09\pm0,62$, Karar Verme Kontrolü $3,98\pm0,74$ ve Kişisel Yaşam Durumu $3,36\pm1,03$ olarak saptanmıştır. Ülkemiz hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını yansıtan sınırlı araştırma sonucu bulunmakla birlikte bu çalışmalara göre hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini yüksek ölçüde

desteklediğini bildirmesi memnuniyet verici bulunmuştur. Suhonen ve ark.nın (2011a) uluslararası düzeyde aralarında Türkiye'nin de bulunduğu yedi ülkede gerçekleştirdiği uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmada ise Türk hemşirelerine ilişkin bulgulara genel olarak BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamasının $3,96 \pm 0,48$; alt boyutları madde puan ortalamalarında da Klinik Durum $4,16 \pm 0,48$, Karar Verme Kontrolü $3,50 \pm 0,71$ ve Kişisel Yaşam Durumu $4,04 \pm 1,03$ olması çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma örneklemindeki hemşirelerin bireysel özelliklerine göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları incelendiğinde; **yaş** gruplarına arasında BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p=0,015$; $p<0,05$); 36 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, 26-35 yaş grubu hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,015$; $p<0,05$) (Tablo 4.10). Suhonen ve ark.nın (2011b) uzun süreli bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bireysel özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada da hemşirelerin yaşı arttıkça hastaların bireyselliğini destekleme durumlarının artması çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermiştir. Diğer taraftan Idvall ve ark.nın (2012) Türkiye'nin de bulunduğu yedi ülkede gerçekleştirilen uluslararası bir çalışmada hemşirelerin yaşlarına göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Hemşirelerin **cinsiyetlerine, medeni durum ve öğrenim durumlarına** göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4.10). Can'ın (2013) çalışmasında da hemşirelerin cinsiyet ve öğrenim durumlarına göre bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir fark bulunmaması çalışma sonuçlarımız ile benzer olmasına karşın, medeni durumlarına göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Suhonen ve ark.nın (2011c) hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdikleri çalışmada da hemşirelerin cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çocuk sahibi olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamalarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 4.11). Bu araştırma sonucumuz Can'ın (2013) çalışma bulguları ile farklılık göstermiştir. Bu durumu

açıklayan literatür bilgisine ulaşamamakla birlikte hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinde de gözlenen bu sonuç çocuk sahibi olmanın özellikle kadınlarda duygusal duyarlılığı artırması ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin **meslekte çalışma sürelerine** ve **çalıştıkları birimlere** göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11). Hemşirelerin çalışma sürelerine göre bireyselleştirilmiş bakım algılarının değişmediği ancak 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının biraz daha yüksek olması ($3,91\pm0,72$), 36 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamalarının da yüksek olması dikkate alındığında çalışma yılı arttıkça hemşirelerin deneyim ve tecrübelerinin artması sonucu bireyselleştirilmiş bakım algılarının artması ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin **çalıştıkları birimdeki görevlerine** göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p<0,05$); sorumlu hemşirelerin BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları, servis hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu durumun, sorumlu hemşirelerin yönetici olarak sorumlulukları nedeniyle bir vardiyada bakımını üstlendiği hasta sayılarının servis hemşirelerine göre daha az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin birimdeki **çalışma sürelerine ve şekillerine, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımın üstlendiği hasta sayılarına** göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11). Suhonen ve ark.nın (2011c) çalışmalarında da hemşirelerin serviste çalışma süreleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı ilişki bulunmasına rağmen, çalışma şekillerine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hemşirelik **mesleğini isteyerek** tercih eden hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, mesleği isteyerek tercih etmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,033$; $p<0,05$) (Tablo 4.11). Bu durum mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin bakım ortamındaki motivasyonunu artırmasıyla bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Hemşirelerin **çalışma ortamından memnun olma durumuna** göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmış ($p=0,001$; $p<0,01$), çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$; $p=0,013$; $p<0,05$) (Tablo 4.11). Bu araştırma bulgumuz Suhonen ve ark.nın (2011d) hemşirelerin çalışma memnuniyeti ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırdığı çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin **sertifikalı kurs ya da eğitim programlarına katılma** durumuna göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11). Hemşirelerin hasta bakımında bireyselliği sağlaması açısından bakımda bireyselliği konu edinen eğitim programlarına katılması önem teşkil etmektedir.

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 3. sorusunda yer alan hemşirelerin hasta bakımında bireyselliği destekleme durumu ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörlere ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.4. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulguların Tartışılması

Araştırma örneklemindeki hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi açıklayan bulgular incelendiğinde; EEÖ genel toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “**Klinik Durum**” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,270$; $p<0,01$) (Tablo 4.12). Bireysel bir kişilik özelliği olan empatik eğilimi yüksek olan hemşirelerin hasta bireyin hastalığa yanıtlarını, duygu ve düşüncelerini, birey için hastalığının ne anlama geldiğini anlaması açısından bakım uygulamalarının bireye özgü olarak desteklendiği söylenebilir. Ayrıca, bu durum empatik eğilimi yüksek olan hemşirelerin hasta bireylere değer verdiğini, duygu ve düşüncelerinin önemsendiğini göstermesi ile bakımda bireyselliği dikkate aldıkları şeklinde de yorumlanabilir (Mete ve Gerçek 2005; Chowdhry 2010).

Hemşirelerin EEÖ genel toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “**Kişisel Yaşam**” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olması istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($r=0,284$; $p<0,01$) (Tablo 4.12). Empatik eğilimleri yüksek olan hemşirelerin bakım uygulamalarında hasta bireyin değer ve inançlarını, alışkanlıklarını, tercihlerini önemseydiğini, daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin EEÖ genel toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “**Karar Verme Kontrolü**” alt boyutu toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,264$; $p<0,01$) (Tablo 4.12). Hasta bireyin kendi bakımında bilimsel bilgiler ışığında inançları, duyguları ve düşünceleri doğrultusunda yer almasında empatik eğilimi yüksek olan hemşirelerin duyarlı olması çalışmada beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir (McQueen 2000).

Hemşirelerin EEÖ genel toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olması istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir ($r=0,309$; $p<0,01$) (Tablo 4.12). Empatik eğilimleri yüksek olan hemşirelerin hasta bakımında bireyselliği dikkate almaları altüstistik değerlerinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Babadağ 2010).

Hemşirelerin BBS-A-Hemşire “Klinik Durum”, “Kişisel Yaşam”, “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları ve toplam madde puan ortalamaları ile EBÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Bu durum hemşirelerin bakım uygulamalarında bireyselliğin desteklenebilmesi için empatik becerilerini kullanamadığını gösterirken, hizmet içi eğitim programları kapsamında empatiye çok fazla yer verilmemesi, yoğun iş tempoları nedeniyle hemşirelerin hasta birey ile kurduğu bakım ilişkisinde yeterince empatik yaklaşım gösterememeleri ile ilişkilendirilebilir. Hasta bireyin gereksinimlerinin doğru bir şekilde saptanmasında ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanabilmesinde önemli bir unsur olan empatik iletişim becerilerinin hemşireler tarafından bakım uygulamaları sırasında sergilenmesi kritik önem teşkil etmektedir.

Çalışmada bu başlık altında tartışılan bulgulara göre hemşirelerin bakımda bireyselliği desteklemelerinde empati kurabilme potansiyellerinin bir göstergesi olan

yüksek empatik eğilimlere sahip olmasının bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediği görülürken; hemşirelerin bakımda bireyselliği desteklemede empatik beceriler sergileyemedikleri saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan çalışma, İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Beyoğlu, Fatih, Bakırköy ve Çekmece Bölgeleri Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin dahili ve cerrahi birimlerine bağlı yataklı servisleri ile erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 472 hemşire ile gerçekleştirildi.

Araştırma sonucunda;

- Hemşirelerin yaş ortalamasının $28,32 \pm 5,82$ yıl, %49,4'ünün 26-35 yaş grubunda, %84,3'ünün kadın, %58,9'unun bekar, %27,3'ünün çocuk sahibi ve %60,4'ünün lisans mezunu olduğu,
- Hemşirelerin çoğunluğunun (%37,1), meslekte 1 ile 5 yıl arası çalışma deneyimine sahip olduğu, %42,8'inin yoğun bakımlarda, tamamına yakın kısmının (%90,9) servis hemşiresi olarak, %46,4'ünün bu birimlerde 1 ile 5 yıl arası süre ile çalıştığı,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%83,1) vardiya değişimli çalıştığı, %57,4'ünün bir ayda 6 ile 10 arası nöbet tuttuğu, %48,9'unun bir vardiyada 1 ile 10 arası hastanın bakım sorumluluğunu üstlendiği,
- Hemşirelerin %66'sının mesleği isteyerek seçtiği ve %47,2'sinin çalıştığı ortamdan kısmen memnun olduğu,
- Hemşirelerin %41,7'sinin bir sertifikalı kurs ya da eğitim programına katıldığı ve bu eğitim programlarından %62,9'unun da iletişim ve empati konuları ile ilişkili olduğu,
- Hemşirelerin empatik eğilim puan ortalamalarının $71,26 \pm 8,81$ olduğu,
- Hemşirelerin yaş gruplarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$),

- Kadın hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek düzeyde olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$),
- Hemşirelerin medeni durumlarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Çocuk sahibi olan hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,036$; $p<0,05$),
- Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre EEÖ'den aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin çalıştıkları birime göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı ($p=0,033$; $p<0,05$); cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları, yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,040$; $p<0,05$),
- Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevine, çalışma sürelerine, çalışma şekillerine, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımını üstlendiği hasta sayılarına göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin EEÖ toplam puan ortalamaları, mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$),
- Hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumuna göre EEÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$),
- Hemşirelerin sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma durumuna göre EEÖ'den aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin EBÖ toplam puanlarının 98 ile 205 arasında değiştiği ve toplam puan ortalamalarının $138,98\pm18,23$ olduğu,

- Hemşirelerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve çocuk sahibi olma durumuna göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre lisans mezunu hemşirelerin EBÖ toplam puan ortalamalarının, öğrenim durumu sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans olan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,001$; $p=0,047$; $p<0,05$),
- Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine, çalıştıkları servise, bulundukları görevlerine, çalışma sürelerine ve şekillerine göre EBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği ($p>0,05$),
- Hemşirelerin nöbet sayılarının dağılımına göre EBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p=0,081$; $p>0,05$); ancak 1 ile 5 arası nöbet tutan hemşirelerin EBÖ puan ortalamalarının dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu,
- Hemşirelerin bakımlarını üstlendikleri hasta sayılarına göre EBÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumuna ve çalışma ortamından memnun olma durumuna göre EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin sertifikalı bir kurs ya da eğitim programına katılma durumuna göre EBÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği ($p>0,05$),
- Hemşirelerin BBS-A toplam madde puan ortalamalarının $3,80\pm0,72$ olduğu; BBS-A alt boyutlarına göre madde puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; Klinik Durum alt boyutunun $4,03\pm0,74$, Karar Verme Kontrolü alt boyutunun $3,88\pm0,82$ ve Kişisel Yaşam Durumu alt boyutunun $3,28\pm1,01$ olarak belirlendiği,
- Hemşirelerin yaş dağılımlarına göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p=0,015$; $p<0,05$); 36 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin BBS-A-Hemşire ölçeği madde

puan ortalamalarının, 26-35 yaş grubu hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,015$; $p<0,05$),

- Hemşirelerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve öğrenim durumlarına göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı,
- Çocuk sahibi olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamalarının, çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,004$; $p<0,01$),
- Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine ve çalıştıkları birimlere göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerine göre BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p<0,05$); ancak sorumlu hemşirelerin BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları, servis hemşirelerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Hemşirelerin birimdeki çalışma sürelerine ve şekillerine, nöbet sayılarına ve bir vardiyada bakımın üstlendiği hasta sayılarına göre BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p>0,05$),
- Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerin BBS-A-Hemşire madde puan ortalamalarının, mesleği isteyerek tercih etmeyen hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,033$; $p<0,05$),
- Hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumuna göre BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p=0,001$; $p<0,01$), çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BBS-A-Hemşire toplam madde puan ortalamaları, çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0,001$; $p=0,013$; $p<0,05$),
- Hemşirelerin sertifikalı bir kurs ya da eğitim programlarına katılma durumuna göre BBS-A-Hemşire madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p>0,05$),

- Hemşirelerin EEÖ genel toplam puan ortalaması ile BBS-A-Hemşire “Klinik Durum” ($r=0,270$; $p<0,01$), “Kişisel Yaşam” ($r=0,284$; $p<0,01$), “Karar Verme Kontrolü” ($r=0,264$; $p<0,01$) alt boyutları toplam madde puan ortalamaları ve BBS-A-Hemşire toplam ($r=0,309$; $p<0,01$) madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu,
- Hemşirelerin BBS-A-Hemşire “Klinik Durum”, “Kişisel Yaşam”, “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları ve toplam madde puan ortalamaları ile EBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$) görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin empatik becerilerini geliştirebilmesi için en az lisans düzeyinde eğitim alması,
- Hemşirelik eğitim müfredatlarına empati ve bireyselleştirilmiş bakım konularının daha kapsamlı olarak entegre edilmesi ve vaka çalışmaları ile zenginleştirilmesi,
- Hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim programlarında empatik eğilim ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik konulara özellikle yer verilmesi,
- Empatik eğilim ve becerileri geliştirmeye yönelik düzenlenen eğitim programlarında hemşirelerin sağlık bakım ortamında karşılaşılabileceği sorunlara yönelik hazırlanmış vaka çalışmalarına yer verilmesi,
- Yoğun bakım gibi iş yükü ve stresi yüksek birimlerde çalışan hemşirelerin empatik eğilimlerinin ve dolayısı ile bireyselleştirilmiş bakım algılarının etkilenebilirliği dikkate alınarak gerekli psikososyal destek stratejilerinin kurumlarca geliştirilmesi,
- Hemşirelerin yurt içi ve yurt dışında gerçekleştirilen iletişim becerileri ve empatik beceriler ile bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına yönelik kurs, kongre, sempozyum vb. bilimsel programlara katılmaları konusunda teşvik edilmesi,

- Hemşirelerin empatik eğilim ve becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendiren çalışmaların daha geniş örneklem grubunda farklı değişkenler açısından değerlendirilerek yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H. ve Soysal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15**(59), 61-67.

Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **20**(1), 10-16.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D. M., Lake, E.T. ve Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Administring Nursing*, **38**(5), 223-229.

Aktaş, A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Atar, N.Y. ve Eskimez, Z. (2012). Hastaların ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı, İstanbul, 27-29 Eylül 2012; 79.

Altınbaş, K., Gülöksüz, S., Özçetinkaya, S. ve Oral, E.T. (2010). Empatinin biyolojik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2**(1), 15-25.

Altıok, H.Ö., Şengün, F. ve Üstün, B. (2011). Bakım kavramı analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **4**(3), 137-140. Erişim 14.05.2015, http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18792/137-140_altiok.pdf

Anar, T. (2013). Edebiyat eserlerini anlamak ve yorumlamak için farklı bir yöntem: Einfühlung Teorisi. *Türk Dili ve Edebiyatı Dergisi*, **48**, 23-46.

Arifoğlu, B. ve Razi, G. S. (2011). Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **4**(1), 7-11. Erişim 01.09.2014, http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18174/7-11_arifoglu.pdf

Arslan, H. (2008). Hemşirelik bilim ve sanatı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **1**(1), 59-60.

Atar, N.Y., Aktaş, A., Eskimez, Z., Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Kullanımına İlişkin Tutumları ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı, İstanbul, 27-29 Eylül 2012; 239.

Atar, N.Y. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Austgard, K.I. (2008). What characterizes nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **22**, 314-319.

Babadağ, K. (1995). *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Eskişehir, Türkiye: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve Değerler*. Ankara, Türkiye: Alter Yayıncılık.

Bailey, S. (1996). Levels of empathy of critical care nurses. *Australian Critical Care*, **9**(4), 121-127.

Baxter, E. A. (1995). Concepts and models of empathy: Past, present and future. *Jefferson Journal of Psychiatry*, **12**(2), 6-14.

Baykara, Z.G. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Berg, A., Idvall, E., Katajisto, J. ve Suhonen, R.(2012). A comparison between orthopaedic nurses' and patients' perception of individualised care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, **16**, 136-146.

Bevis, E. O. (1989). *Cirriculum Building in Nursing: A Process*. (3th ed.). United States of America: Jones and Bartlett; 34-54.

Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoei, E., Grégoire, M. Michaud, C., Gosselin, E. ve Johnston, C.C. (2015). Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, **41**(1), 1-6.

Brilowski, G. A. ve Wendler, C. (2005). An evolutionary concept of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, **50**(6), 641-650.

Brink, H. (1991). On empathy: Fundamental issues regarding its nature and teaching. *Curationis*, **14**(1), 24-29.

Brunero, S., Lamont, S. ve Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, **17**, 65-74.

Bulduklu, Y. ve Koçak, A. (2010). *Sağlık İletişimi*. İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Burnard, P. (2005). *Counselling Skills for Health Professional* (4th ed.). Cheltenham, UK: Nelson Thornes Ltd; 101-118.

Can, Ş. (2013). *Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Cengiz, S. (2008). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu İlişkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Cevahir, R., Çınar, N., Sözeri, C., Şahin ve S.Kuğuoğlu, S. (2008). Ebelik öğrencilerinin devam ettikleri sınıflara göre empatik becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 3-15.

Clark, M.A. (2007). *Cognitive and Affective Empathy: Exploring the Differential Effects of Empathy Components on Work-Family Conflict and Emotional Labor*. The Graduate School of Wayne State University, Master of Arts, United States. Erişim 17.03.2015,

https://books.google.com.tr/books?id=VK2soEIEfNIC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbgs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Chappel, N.L., Reid, R.C. ve Gish, J.A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *The International Journal of Social Research and Practice*, 6(4), 527-547.

Charalambous, A. (2010). Katajisto, J. , Valimaki, M., Leino-Kilpi, H. ve Suhonen, R. (2010). Individualised care and the professional practice environment: Nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 57, 500-507.

Charalambous, A., Chappel, N.L., Katajisto, J. ve Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatric Nursing*, 33(1), 17-27.

Chowdhry, S. (2010). Exploring the concept of empathy in nursing: Can it lead to abuse of patient trust? *Nursing Times*, 106(42), 22-25.

Coşkun, F. (2011). *İç Hastalıkları ve Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Empatik Beceri Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Cunico, L., Sartori, R., Maragnolli, O. ve Meneghini, A.M. (2012). Developing empathy in nursing students : A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-2025.

Çiçek, A. (2006). *Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Davis, C.M. (1990). What is empathy, and can empathy be taught?. *Physical Therapy*. 70 (11), 708.

de Waal, F. (2014) *Empati Çağı*. Ankara, Türkiye: Akılçelen Kitaplar.

Derksen, F., Bensing, J. ve Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, **63** (606), 76-84.

Dizer, B. ve İyigün, E. (2009). Yoğun Bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**(1), 9-19.

Dow, A. W., Leong, D., Anderson, A. ve Wenzel, R.P. (2007). Using theater to teach clinical empathy: A pilot study. *Journal of General Internal Medicine*, **22**(8), 1114-1118.

Dökmen, Ü. (1998). Empatinin yeni bir modele dayandırılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **21**(1), 155-190.

Dökmen, Ü. (2014). *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*. (52. Baskı) İstanbul, Türkiye: Remzi Kitapevi.

Duman, D. ve Acaroğlu, R. (2014). Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin duygusal zekâ düzeyleri ile empati becerileri arasındaki ilişki. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **22**(1), 25-32.

Egenes, K.J. (2009). History of Nursing. İçinde G. Roux ve J.A. Holstead (Eds). *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow*. United States of America: Jones and Bartlett; 1-26. Erişim: 21.5.2015, <http://www.amazon.com/Issues-And-Trends-Nursing-Essential/dp/0763752258#reader0763752258>

Ekinci, Ö. (2009). *Öğretmen Adaylarının Empatik ve Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Elridge, C.R. (2011). Nursing Science and Theory: Scientific Underpinnings for Practice. İçinde M.E. Zaccagnini ve K.W. White (Eds.), *The Doctor of Nursing Practice Essentials: A New Model for Advanced Practice Nursing*. London, UK: Janes and Barlett; 3-36.

Eskimez, Z. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Falk Rafael, A. (2000). Watson philosophy, science and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing science. *Advanced in Nursing Science*, **23**(2), 34-49.

Frich, L.M.H.(2012). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, **44**(2), 137-153.

Gerdes, K.E.(2011). Empathy, sympathy and pity: 21st-century definitions and implications for practice and research. *Journal of Social Service Research*, **37**(3), 230-241.

George, J.M.(2000). Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. *Human Relations*, **53**(8), 1027-1055.

Geyer, N., Mogotlane, S. ve Young, A.(2009). *Juta's Manual of Nursing*. (2nd ed.). LanSSowne, Republic of South Africa: Juta and Co. Ltd; 61-92. Erişim 17.05.2015, https://books.google.com.tr/books?id=arqN3G7x0Y4C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Gölseren, ř. (2001). Eřduyum (empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**(2), 133-145.

Hasdemir, A.D. (2007). *Ergenlerin ve Anne Babalarının Empatik Becerileri İle Aile Yapılarını Değerlendirme Üzerine Bir Araştırma*. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

Helpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, **18**(8), 670-674.

Hoffman, M. (1988). Interaction of Affect and Cognition in Empathy. İçinde C.E. Izard, J. Kagan, R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognition and Behaviour*. United States of America: Cambridge University Press; 103-131. Erişim 01.04.2015, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=IpY5AAAAIAAJ&oi=fnd&pg=PA103&dq=hoffman+1984+empathy&ots=G1ZteYuzfC&sig=XLsT8a8HpQ0mnZOEEAfbDyX8fxQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M ve Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components measurement and relationship to gender and speciality. *American Journal of Psychiatry*, **159**, 1563-1569.

Hojat, M.(2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development,, Measurement and Outcomes*. New York: Springer Science and Business Media. Erişim 30.08.2014,

https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Kj3NxGwZ9zkC&oi=fnd&pg=PR15&dq=hojat+2007+empathy+in+patient+care&ots=wllHvGL3up&sig=dlgi6QI8x_caFOnNtoYvbvDAauA&redir_esc=y#v=onepage&q=hojat%202007%20empathy%20in%20patient%20care&f=false

Hojat, M. Louis, D.Z., Maio, V. ve Gonnella, J.S. (2013). Empathy and health care quality. *Amercan Journal of Medical Quality*, **28**(6), 5-7.

Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroğlu, R., da Luz, M. D. A., Efstathiou, G., Kalafati, M., Kanan, N., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Şendir, M. ve Suhonen, R. (2012). Nurses' sociodemographic background and assesments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, **44**(3), 284-293.

Ioannidou, F. ve Konstantikaki, V. (2008). Empathy and Emotional Intelligence: What is it really about? *International Journal of Caring Science*, **1**(3), 118-123.

Johansson, P., Oléni, M. ve Frindlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scandivinian Journal of Caring Science*, **16**, 337- 344.

Kane, R.L.,Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S. ve Wilt, T.J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patients outcomes. *Medical Care*, **45**(12), 1195-1204.

Karaca, A., Açıkgoz, F. ve Akkuş, D. (2013). Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi? Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**(3),118-122.

Karadağ, M. (2012). İnsanlararası İlişkiler Kuramı Joyce Travelbee. İçinde P. Velioğlu (Ed.), *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2. Baskı). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık; 260-292.

Karakaya, D. A. (2001). *Akdeniz Üniversitesi'ndeki Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Becerileri*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kaya, F. (2011). *Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Hastaların Hemşirelik Bakımı Algılayışlarının Karşılaştırılması*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Kohut, H. (2004). İçebakış, Empati ve Psikanaliz-Gözlem Tarzı İle Kuram Arasındaki İlişkiye Dair Bir İnceleme. İçinde Y. Erten, N. Mitrani, M. Tanık (Ed.), *Psikanalizin "Öteki" Yüzü: Heinz Kohut* . İstanbul, Türkiye: İthaki Yayınları;51-79.

Köksal, H. (2009). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Köz, İ. (2004). Sezgi'nin bilgidaki yeri ve önemi. *Felsefe Dünyası*, **40**(2), 41-54.

Kunyk, D. ve Olson, J.K. (2001). Nursing theory and concept devolepment or analysis clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, **35**(3), 317-325.

Kutlu, Y.S. (2012). Kişilerarası İlişkiler Kuramı Hildegard Peplau. İçinde P. Velioglu (Ed.), *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2. Baskı). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık; 234-259.

Lauver, D.R., Ward, S. E., Heidrich, S.M., Keller, M.L., Bowers, B.J., Brennan, P. F., Kirchoff, K.T. ve Wells, T.J. (2002). Patient-Centered Interventions. *Research in Nursing and Health*, **25** (4), 246-255.

Manav, A.İ. (2008). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Mark, B.A, Salyer, J. ve Wan, T.T.(2003). Professional nursing practice: Impact on organizational and patient outcomes. *The Journal of Administring Nursing*, **33**(4), 224-234.

McQuenen, A. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, **9**, 723-731.

Mercer, S.W. ve Reynolds, W.J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, **52**, 9-13.

Mete, S. ve Gerçek, E. (2005). PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **9**(2), 11-17.

Moghaddasian, S., Dizaji, S.L. ve Mahmoudi, Mokhtar (2013). Nurses empathy and familiy needs in the intensive care units. *Journal of Caring Sciences*, **2**(3),197-201.

Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B. ve Solberg, S.(2006). Beyond empathy: Expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, **53**(1), 75-90.

O'Hara, M. (1999). Reational Empathy: Beyond Modernist Egocentrism to Postmodern Holistic Contextualism. İçinde A.C. Bohart and L.S. Greenberg (Eds.),

Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy. (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press; 295-319.

Öktem, Ü. (2000). Descartes, Kant, Bergson ve Husserl’de sezgi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, **40**(1.2), 159-188.

Öz, F. (1992). *Hemşirelerin Empatik İletişim Becerisi ve Eğilimine Eğitimin Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Öz, F. (1998). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2**(2), 32-38.

Özakgöl, A.A., Şendir, M., Atav, S.A. ve Kızıltan, B. (2014). Attitudes towards hiv/aids patients and empathic tendencies: A study of Turkish undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, **34**(6), 929-933.

Özbay, M. H. ve Canpolat, B.I. (2003). Psikoterapide empati-nesnellik ikilemi. *Klinik Psikiyatri*, **6**, 39-45.

Öztunç, G. (2013). Hemşireliğin Doğası. İçinde T. A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık; 25-35.

Parkin, T., de Looy A. ve Farrand, P. (2014). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient Education and Counseling*, **96**(2), 144-150.

Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi/Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

Perry, A. G. ve Potter, P. A. (2011). İletişim (S. Ünal Çev.). İçinde T. A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Adana, Türkiye: Nobel Kitapevi.

Polat, S., Alemdar, D.K. ve Gürol, A. (2013). Pediatric nurses’ experience with death: The effect of empathic tendency on their anxiety levels. *International Journal of Nursing Practice*, **19**(8), 8-13.

Radwin, L. (2000). Oncology patients’ perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*, **23**, 179-190.

Radwin, L.E. ve Alster, K. (2002). Individualised nursing care: An empirically generated definition. *International Nursing Review*. **49**(1), 54-63.

Scanlan, C.L. (2014). Individualised Care. İçinde A.J. Heuer ve C.L. Scanlan (Eds.). *Wilkins' Clinical Assesment in Respiratory Care*. (7th ed.). Maryland, Heights, Missouri: Elsevier; 2-6.

Seven, G. (2010). *Yönetici Hemşirelerin Empatik Eğilimlerinin Servis Hemşireleri Tarafından Algılanması*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sevimligül, G. (2002). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin İncelenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Stein, S.J. ve Book, H.E. (2003). *EQ-Duygusal Zeka ve Başarının Sırrı* (M. Işık Çev.). İstanbul, Türkiye: Özgür Yayınları. (Özgün Çalışma 2000).

Stein-Parbury, J. (2009). *Patient and Person: Interpersonal Skills In Nursing*. (4th ed.). Australia: Churchill Livingstone.

Suhonen, R., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H.(2008a). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, **17**(7), 843-860.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M. Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2008b). Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: An international comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, **45**, 1568-1597.

Suhonen, R., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2010a). Individualized care scale-nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evalution in Clinical Practice*, **16**, 145-154.

Suhonen, R., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2010b). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, **66** (5), 1035-1046.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalfati, M., da Luz, M. D. A., Idvall, E., Berg, A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Kanan, N., Sousa, V.D., Katajisto, J., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2011a). Nurses' perception of individualized care: An international comparision. *Journal of Advanced Nursing*, **67**(9), 1895-1907.

Suhonen, R., Alikleemola, P., Katajisto, J. ve Leino-Kilpi, H. (2011b). Nurses' assesments of individualized care in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing*, **21**, 1178-1188.

Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z. ve Papastavrou, E. (2011c). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: An international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, **21**, 1155-1167.

Suhonen, R., Charalambous, A., Stolt, M., Katajisto, J. ve Puro, M. (2011d). Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Caring Science*, **22**, 479-490.

Suhonen, R. ve Leino-Kilpi, H. (2012a). Older orthopaedic patients' perceptions of individualized care: A comparative survey. *International Journal of Older People Nursing*, **7**(2),105-116.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z. ve Merkouris, A. (2012b). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **26**, 372-380.

Sütçü, N. (2009). *Bir Klinikte Çalışan Hemşirelerin Empati Becerileri ve Etkileyen Faktörler*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şendir, M., Acaroğlu, R., Kanan, N., Suhonen, R. ve Katajisto, J. (2010). Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği. 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı, İzmir, 21-23 Ekim 2010; 129.

Şendir, M. (2013). Hemşirelik Felsefesi, İçinde T. A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 103-112.

Şentürk, S.E. (2014). *Hemşirelik Tarihi*. (2. Baskı). İstanbul: Nobel Matbaacılık.

TDK (Türk Dil Kurumu) (2015, Mart). *Empati*. Güncel Türkçe Sözlük.Erişim, 23.03.2015,http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=EMPAT%C4%B0

TDK (Türk Dil Kurumu) (2015, Nisan). *Sezgi*. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim, 17.04.2015,http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=SEZG%C4%B0

TDK (Türk Dil Kurumu) (2015, Mayıs). *Bakım*. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim, 16.05.2015, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM

Tellis-Nayak (2007). A Person-centered workplace: The foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, **8**(1), 46-54.

Teke, A.K., Cengiz, E. ve Demir, C.(2010). Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **19**(3), 505-516.

Tekmen, Y. (2010). *Hekim ve Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeyleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Torun, S. (2008). *Kirim Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Adana.

Tuncay, T. ve İl, S. (2009). Sosyal hizmet uygulamasında empatiyi yeniden düşünmek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **20**(2), 39-56.

Tunç, P., Gitmez, A., Krespi Boothb M.R. (2014).Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **15**, 45-54.

Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H. ve Aştı, T.A. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4**(1), 167-173.

Uygun, E. (2006). *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ünal, S.D. (2005). *Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Van Servelen, G. (1988). Nurses' perception of individualized care in nursing practice. *Western Journal of Nursing Research*, **10**(3), 291-306.

Velioğlu, P. (2012). Çevre Kuramı Florence Nightingale. İçinde P. Velioğlu (Ed.), *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2. Baskı). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık; 129-154.

Walker, K.M. ve Alligood, M.R. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, **15**(3), 140-147.

Ward, J., Cody, J. Schaal, M ve Hojat, M. (2012). The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, **28**(1), 34-40.

Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. United States of America: F.A. Davis Company. Erişim 21.05.2015,
http://www.amazon.com/dp/0803611692/ref=cm_sw_su_dp#reader_0803611692

Williams, J. ve Stickley, T. (2010). Empath and nurse education. *Nurse Education Today*, **30**, 752-755.

Wolf, D., Lehman, L., Quinlin, R., Rosenzweig, M., Friede, S., Zullo, T. VE Hoffman, L.(2008). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *The Journal of Nursing Administration*, **38**(12), 532-540.

Yılmaz, M.(2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5**(2), 69-74.

Yu, J. ve Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, **64**(5), 440-454.

FORMLAR

EK-1

YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

Değerli Meslektaşlarım;

Bu çalışma, hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırmanın istatistiki değerlendirmeleri için kullanılacak ve kesinlikle başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

Soruları yanıtlarken göstereceğiniz özen ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Nur Güven
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz:

1. Kadın () 2. Erkek ()

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

1. Bekar () 2. Evli ()

4. Çocuğunuz var mı, varsa kaç çocuğunuz var ?

5. Öğrenim Durumunuz:

1. Sağlık Meslek Lisesi ()	4. Yüksek Lisans ()
2. Ön Lisans ()	5. Doktora ()
3. Lisans ()	

6. Hemşirelik ve hemşirelik dışı katıldığınız sertifikalı kurs /eğitim programı var mı ?

1. Evet ise belirtiniz

2. Hayır

7. Meslekteki çalışma süreniz?

8. Çalıştığınız hastane ?

9. Hangi serviste çalışıyorsunuz ?

10. Bulunduğunuz servisteki göreviniz nedir?

1.Sorumlu Hemşire () 2. Servis Hemşiresi () 3.Diğer ()

11. Kaç yıldır bulunduğunuz serviste çalışıyorsunuz?

12. Kurumda çalışma şekliniz?

1. Sürekli gündüz ()

2. Sürekli gece ()

3. Vardiya değişimli ()

13. Bir ayda yaklaşık kaç nöbet tutuyorsunuz?

14. Genellikle bir vardiya/mesaide kaç hastanın bakımını üstleniyorsunuz? :

15. Mesleği isteyerek mi seçtiniz ?

1. Evet () 2. Hayır ()

16. Çalışma ortamınızdan genel olarak memnun musunuz?

1.Memnunum ()

2.Kısmen Memnunum ()

3.Memnun değilim ()

EK-2

EMPATİK EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda 20 ifade bulunmaktadır. İfadeleri okuyup, ifadelerin “Tamamen Uygun”=5, “ Oldukça Uygun”=4, “Kararsızım”=3, “Oldukça Aykırı”=2, “Tamamen Aykırı”=1 seçeneklerinden kendiniz için en geçerli olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

	Tamamen aykırı	Oldukça aykırı	Kararsızım	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1. Çok sayıda dostum var.	1	2	3	4	5
2. Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.	1	2	3	4	5
3. Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
4. Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış olarak ayrılır.	1	2	3	4	5
5. Başkalarının problemleri beni kendi problemim kadar ilgilendirir.	1	2	3	4	5
6. Duygularımı başkalarına iletmekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
7. İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gidiyor.	1	2	3	4	5
8. Birisi ile tartışırken bazen dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerinde yoğunlaşır.	1	2	3	4	5
9. Çevremde çok sevilen bir insanım.	1	2	3	4	5
10. Televizyondaki filmler mutlu sonla bitince rahatlarım.	1	2	3	4	5
11. Düşüncelerimi başkalarına iletmekte güçlük çektiğim olur.	1	2	3	4	5
12. İnsanların çoğu bencildir.	1	2	3	4	5
13. Sinirli bir insanım.	1	2	3	4	5
14. Genelde insanlara güvenirim.	1	2	3	4	5
15. İnsanlar beni tam olarak anlayamıyorlar.	1	2	3	4	5
16. Girişken bir insanım.	1	2	3	4	5
17. Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
18. Genellikle hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
19. Yakınlarım bana sık sık dertlerini anlatır.	1	2	3	4	5
20. Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4	5

EK-3

EMPATİK BECERİ ÖLÇEĞİ (EBÖ) B FORMU

Açıklama: Ölçekte altı ayrı kişiye ait bir problem dile getirilmiştir. Her problemin altında, bu problemi dile getiren kişiye söylenebilecek olası 12 yanıt yer almaktadır. Kişinin problemini okuduktan sonra 12 olası yanıtı da okuyunuz ve her bir problem için bu yanıtlar arasından bu soruna verilebilecek en uygun 4 yanıtı işaretleyiniz. (Toplam olarak 24 yanıtı işaretleyiniz.)

1. Kişi (ev hanımı):

“ Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alış-veriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşuşturuyorum; yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasına hapsolmuş hissediyorum. ”

1. Ev işlerine yardım edecek bir yardımcı tutmayı düşündün mü?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor?
3. Eşin hiç yardım etmiyor mu?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünyada bir tek sen değilsin; bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı bunalır.
7. Bence senin problemin, işi becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam bende bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında, kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum; ev işleri gerçekten çok kolaydır.
11. Annem de (veya bir başka yakınınız) senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar çok işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

2. Kişi (bir arkadaşınız):

“ Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım; daha da kötü oldu. Babam dün ' Bir daha o adamla konuşmayacaksın' dedi. Gerçi, miras konusunda babam haklı gibi geliyor ama amcamdan da vazgeçmem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için bu çektiğimize değer mi? ”

1. Her ailede böyle problemler olabilir; kardeş kardeşin ne öldüğünü istermiş, ne güldüğünü.
2. Çok zor bir durum sıkılmakta haklısın.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsaydım bende çok üzülürdüm.
5. Kendini, sevdiğin iki insan arasında kalmış hissediyorsun; bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemi anlaşarak çözmelerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurulmalıdır.
8. İki sevdiğin kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.
9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.
11. Baban 'amcanla konuşma' sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

3. Kişi (bir dostunuz):

“ Son günlerde canım sıkılıyor. Belli bir sebep yok ama içimin daraldığını hissediyorum. Canım hiç bir şey yapmak istemiyor; amaçsız dolanıyorum. Üstelik bu sıkıntımı kimse ile paylaşmıyorum. ”

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzıldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şeyler olacaktı gibi geliyor.
5. Bazen ben de senin gibi sebepsiz sıkıntı hissederim.
6. Sanırım şu sıralarda kendini yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinçaltındaki bir takım duygular böyle hissetmene yol açıyordur.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.
9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün oluyor mu?
10. Kendini böylesine bırakman doğru değil.
11. Dünyada öyle büyük dertleri olan insanlar var ki, senin bu sebepsiz sıkıntını dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

4. Kişi (bir genç):

“ Başımın yan tarafında bir tutam saç var; ne yapsam yatıramıyorum. İslatıyorum olmuyor, bağlıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor. ”

1. Bu önemli bir problem değil; kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil, içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber ne diyor?
6. Başkalarının yanında her zaman derli toplu gözükmek istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun.
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalman seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu önemli bir sorun değil ama bu işin seni rahatsız etmesine üzıldüm.
10. Bunu, sakın arkadaşlarına söyleme; çünkü seninle dalga geçebilirler.
11. Küçük bir şey için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran; saçının yatmaması değil, bu işe çok zaman harcıyor olman.

5. Kişi (bir kız arkadaşınız):

“ Annem geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de, 'Sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim' dedi. Dün ne öğrensem beğenirsin? Başka şehirde oturan bir ablam var. Annem, bana aldığıının aynısını üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda son derece kötü hissediyorum kendimi. ”

1. Annene niçin böyle davrandığını sordun mu?
2. Annen, hem sana, hem de ablana 'özel' bir hediye alabilir, çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olaya üzülmekte haklısın.
5. Bu olay karşısında sanırım kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkı tamamen benziyor mu?
8. Annenin, sana, senin sadığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerinde olsaydım ben de üzülürdüm.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmiştin; şimdi bu sevincin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi?
12. Annene oldukça öfkeliisin.

6. Kişi (bir öğrenci):

“ Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor, ama kahveden çıkarken her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum. Böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? Ne iş yaparım. Sonra anama, babama, konuya-komşuya ne derim? ”

1. Bu durumu ailen öğrenirse, herhalde çok üzülürler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan başka arkadaşlarında var mı?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okulu bitirmek değildir. Okul bitirmemiş nice başarılı insan var.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun; kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikologa başvurmalısın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerini kafana takma, kendini derslere ver.
8. Bu problemin beni üzdü.
9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten, hem de ana-babanı incitmekten korkuyorsun.
10. Hiç bir derse mi çalışmıyorsun, yoksa bazı derslere mi?
11. Bence kendine fazla yükleniyorsun; telaşın ve sıkıntın bu yüzden.
12. Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.

EBÖ A FORMU**Problemlere ilişkin puanlama anahtarı**

1. Problem		2. Problem		3. Problem	
1. madde	3 puan	1. madde	1 puan	1. madde	3 puan
2. madde	8 puan	2. madde	7 puan	2. madde	6 puan
3. madde	3 puan	3. madde	9 puan	3. madde	3 puan
4. madde	9 puan	4. madde	6 puan	4. madde	10 puan
5. madde	2 puan	5. madde	10 puan	5. madde	5 puan
6. madde	7 puan	6. madde	-	6. madde	10 puan
7. madde	4 puan	7. madde	3 puan	7. madde	4 puan
8. madde	6 puan	8. madde	10 puan	8. madde	9 puan
9. madde	10 puan	9. madde	1 puan	9. madde	3 puan
10. madde	-	10. madde	8 puan	10. madde	2 puan
11. madde	5 puan	11. madde	4 puan	11. madde	1 puan
12. madde	10 puan	12. madde	4 puan	12. madde	-
4. Problem		5. Problem		6. Problem	
1. madde	3 puan	1. madde	8 puan	1. madde	1 puan
2. madde	3 puan	2. madde	3 puan	2. madde	3 puan
3. madde	9 puan	3. madde	2 puan	3. madde	3 puan
4. madde	-	4. madde	7 puan	4. madde	9 puan
5. madde	3 puan	5. madde	10 puan	5. madde	10 puan
6. madde	10 puan	6. madde	4 puan	6. madde	3 puan
7. madde	4 puan	7. madde	3 puan	7. madde	3 puan
8. madde	10 puan	8. madde	10 puan	8. madde	6 puan
9. madde	6 puan	9. madde	6 puan	9. madde	10 puan
10. madde	1 puan	10. madde	9 puan	10. madde	8 puan
11. madde	4 puan	11. madde	-	11. madde	4 puan
12. madde	4 puan	12. madde	9 puan	12. madde	-

EK-4

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI-A-HEMŞİRE VERSİYONU

Aşağıdaki ifadeler hemşirelik bakımında hastalara yardım etme biçiminiz ile ilgilidir. Bu ifadeler sizin genelde sunduğunuz hemşirelik bakımı ile ne ölçüde uyuyor? Lütfen görüşünüzü en iyi tanımlayan seçeneği daire içine alınız.

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A03	Hastalara kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilendiğini öğrenmek için çaba gösteririm	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım.	1	2	3	4	5
A10	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A11	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A12	Hastalara kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım	1	2	3	4	5
A13	Hastalara, hastalık /sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A14	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim	1	2	3	4	5
A15	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim	1	2	3	4	5
A16	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm	1	2	3	4	5
A17	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım	1	2	3	4	5

EK-5



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 51800557/ 12556
Konu : Nur GÜVEN izin yazısı Hk.

14 Mayıs 2014

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığı

İlgi:24.04.2014 tarih ve 11785 sayılı yazınız.

Fakülteniz Öğretim Üyesi Doç. Dr. Merdiye ŞENDİR'in danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Nur GÜVEN'in "Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki " konulu yüksek lisans tez çalışmasını Fakülteniz ile Genel sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda Genel Sekreterliğimize bağlı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. M. Hamza MUSLÜMANOĞLU

Genel Sekreter

Uzm.Dr.İdris KURTULUŞ
İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliği
Genel Sekreterliği
Hemşirelik Birliği
GİBİDİR

EK-6

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/07/2014-21145



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-774.99-
Konu : Araştırma İzni (Nur GÜVEN)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu)

İlgi : 24/04/2014 tarih ve 11786 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi Nur GÜVEN'in Doç.Dr. Merdiye ŞENDİR danışmanlığında, "Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde yapabilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
18.07.2014

İ.K.H.K.
İstanbul Beyoğlu Genel Sekreterliği
İlknur KARA
Uzman

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No: 29896
Gelen Tarihi: 23.07.2014

21.7.2014

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul
Telefon:0212 386 13 30 Faks:0212 386 13 31
e-Posta: emine.saltas@beyoglubirlik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine SALTAS
Eğitim ve Staj Birimi

Elektronik imzalı suretine: <http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/5UV40U> erişebilirsiniz.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-8



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - İSTANBUL İLİ
BAKIRKÖY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY EĞİTİM VE STAJ BİRİMİ
04.09.2014 15:17 - 95273397 / 770 / 2014.1270700.5399
00004813401

Sayı : 95273397/770
Konu : Araştırma İzni Hk. (Nur GÜVEN)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

İlgi: 17.07.2014 tarihli ve 74311748-199 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayıya istinaden Üniversiteniz ile Genel Sekreterliğimiz arasında 04.06.2014 tarihinde yapılmış olan Araştırma Protokolü kapsamında Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Merdiye ŞENDİR'in danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Nur GÜVEN' in gerçekleştireceği "Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki" konulu çalışmasını 03.09.2014 tarihinden itibaren aşağıda belirtilen kurumlarımızda yapması Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür ;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm Dr. M. Turgay SEYMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

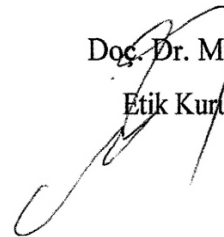
- 1-İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
- 2-İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Eğitim ve Staj Birimi
Adres: Zuhuratbaba Mah.Dr. Teyfik Sağlam Cd.25/2 ,Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Binası Tel: 409 16 00/4097
A tılı bilgi için: Güler GÖGERÇİN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Fyrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 762cfile0-fadd-401b-addc-cefbcf9102cc kodu ile crisebilirsiniz.

ETİK KURUL KARARI**EK-9****ONAY YAZISI****T.C****SAĞLIK BAKANLIĞI****TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU****İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği****Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi****Klinik Araştırmalar Etik Kurulu****Sayı:51****Tarih: 09.07.2014****Konu:Onay yazısı**

Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Murat TOPAK**Etik Kurul Başkanı**

EK-9 (DEVAM)

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Merdiye ŞENDİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi FNHYO			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
Yüksek Doz Araştırması		☐			
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ X	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐	

EK-9 (DEVAM)

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

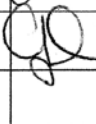
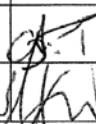
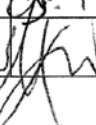
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	28.04.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	28.04.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:51	Tarih: 09.07.2014			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Murat TOPAK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç.Dr. Murat TOPAK	Kulak Burun Boğaz	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	EX H ☐	
Doç.Dr. Ferda Nihat KÖKSOY	Genel Cerrahi	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	E ☐ H X	
Uz. Dr.Osman MAVİŞ	İç Hastalıkları	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	EX H ☐	
Op. Dr.M. B.Can BALCI	Üroloji	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	EX H ☐	
Prof.Dr. Barış NUHOĞLU	Üroloji	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	EX H ☐	
Doç.Dr. Ufuk ÖZKAYA	Ortopedi ve Travmatoloji	Taksim E.A.H	EX K ☐	E ☐ H X	EX H ☐	
Doç.Dr. A. Ender YUMRU	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Taksim E.A.H	E ☐ K X	E ☐ H X	EX H ☐	
Uz. Dr. Semra BİLGE	Nöroloji	Taksim E.A.H	E ☐ K X	E ☐ H X	E ☐ H X	
Uz. Dr.N. Özden SERİN	Tıbbi Biyokimya	Taksim E.A.H	E ☐ K X	E ☐ H X	EX H ☐	

EK-9 (DEVAM)

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Prof.Dr. Hikmet ÜÇİŞİK	Biyomedikal	Boğaziçi Üniversitesi	E X	K ☐	E ☐	H X	E ☐	H X	
Prof.Dr. Ayşe Emel ÖNAL	Halk Sağlığı ve Çevre	İstanbul Üniversitesi	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H ☐	
Uz. Dr. Gülsüm ÖNAL	Tıbbi Deontoloji	Şişli Etfal E.A.H	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H ☐	
Özgür Ceylan AYTAÇ	Avukat	Aytaç Hukuk Bürosu	E ☐	K X	E ☐	H X	E ☐	H X	
Aydan ERGÜN ÖZKAYNAKÇI	Farmakolog	The Marmara Oteli	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H ☐	
Kubilay MUMYAKMAZ	Şube Müdürü (Serbest Üye)	Ziraat Bankası	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

EK-10**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Bu araştırma, hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliği, İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği, İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği ve İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine bağlı genel eğitim ve araştırma hastanelerinin erişkin dahili ve cerrahi birimlerine bağlı yataklı servisleri ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan 895 hemşire ile yapılmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, sosyodemografik özellikler ve mesleki özelliklere yönelik sorulardan oluşan “Yapılandırılmış Soru Formu”, empati kurma düzeyine yönelik “Empatik Eğilim Ölçeği”, empati kurma becerisini ölçmeye yönelik “Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) B Formu” ve sağlık bakımı ortamında, bireyselleştirilmiş bakım hakkında hemşirelerin görüşlerini değerlendirmeye yönelik “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası - A - Hemşire Versiyonu” kullanılarak değerlendirme yapılacaktır. Bu araştırmada sizden beklenen soruları dikkatli bir şekilde okumanız ve eksiksiz bir şekilde doldurmanızdır. Formun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

Katılım tamamen sizin isteğinizde olup, bu araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmaktan vazgeçme hakkına sahipsiniz. Araştırma sonuçlarının yayınlandığı zaman kimliğiniz saklı tutulacak ve size ait bilgiler kesinlikle kimse ile paylaşılmamaktadır. Araştırmada yer aldığınız sürece araştırmacı tarafından size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okumuş olup, sorumlu araştırmacı tarafından şahsıma yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı-soyadı:

İmza:

Tarih

Sorumlu araştırmacının adı-soyadı: Nur Güven

İmza:

Tarih:

EK-11

← 📧 📧 📧 📧 Gelen Kutusuna taşı 📧 Diğer ▾

The Permission of Individualized Care Scale - Nurse 📧 Gelen Kutusu x

Nur Güven <nur.guven1988@gmail.com>
 Kime: suhonen.riitta ▾

Dear Prof. Riitta Suhonen,

I am a student in the master program of Istanbul University, Florence Nightingale Faculty of Nursing. My master thesis' supervisor is Dr. Merdiye Sendir. Also I'm assistant with Dr Sendir at Fundamentals of Nursing Department.

I would like to use "Individualized Care Scale – Nurse" for my thesis research. My supervisor told me that I have to get permission from Prof. Suhonen firstly to use it.

Could you give me permission to use "ICS Nurse Scale" for my master thesis research ? Thank you for your interest.

Yours sincerely

Research Assistant Nur Güven,
 Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing
 Fundamentals of Nursing Department

Riitta Suhonen <suhonen.riitta@kolumbus.fi>
 Kime: bana ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

dear Nur Güven

Thank you for your interest in the scale. Of course you are granted the permission to use the scale. Here enclosed are the ehglish and Turkish version. Please, Acaroglu for their permission to use the turkish language version.

Send my regards to your teachers from Finland

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nur	Soyadı	GÜVEN ÖZDEMİR
Doğ.Yeri	Zonguldak	Doğ.Tar.	12.03.1988
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	56455096044
Email	nur.guven1988@gmail.com	Tel	05363589807

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	-	-
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2015
Lisans	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Zonguldak Atatürk Lisesi (Y.D.A.)	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2013-
2.	Göğüs Hastalıkları Klinik Hemşiresi	Uzunmehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi	2012-2013
3.	Kardiyoloji Klinik Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	08.2011-12.2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	70	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,07202	70,10650	63,32757

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel)	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

- Çelik S. , Kavrazlı S. , Demircan E. , Güven N., Durmuş Ö. , Duran E.S. (2012). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3** (3), 176-183.
- Güven, N., Şendir, M. Arteriyel Kan Basıncının Dolaylı (İndirekt) Ölçümünde Kanıt Temelli Uygulamalar. 3. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 19-22 Kasım 2014, Lara-Antalya. (Sözel Bildiri)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, müzik dinlemek, sinemaya gitmek, açık havada yürümek.